

## CERERE

Subsemnatul ..... reprezentant legal al  
furnizorului\* .....  
.....  
.....  
.....  
.....

cu urmatoarele date de identificare :

cod fiscal .....localitatea .....  
str. .... nr. .... județul .....  
telefon..... fax ....., e-mail..... solicit evaluarea  
sediului lucrativ/punctului de lucru situat în  
localitatea .....str. ....nr.....  
județul ..... telefon ..... fax .....  
e-mail.....

Anexez documentele solicitate conform art. 4 din Anexa 2 la Ordinul ministrului sanatații  
si al președintelui CNAS nr. 106/32/2015.

Reprezentant legal,

Nume si prenume.....

Data .....

Semnatura

\* se va menționa numele furnizorului, categoria de furnizori și activitatea pentru care se  
solicita evaluarea/specialitatea cabinetului