



CAS  
BOTOȘANI

Casa de Asigurări de Sănătate  
Botoșani

B-dul Mihai Eminescu nr.52  
Telefon-Fax 0231-512692 E-mail : casbt@casbt.ro

---

Nr. 777 /12.01.2016

**CĂTRE,**  
**Furnizorii de medicamente și materiale sanitare aflați în**  
**relații contractuale cu CAS Botoșani**

În temeiul dispozițiilor:

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 988/29.10.2015 privind modificarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 244/2015 privind aprobarea programelor naționale de sanătate pentru anii 2015 și 2016;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.963/01.10.2015 privind modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015 privind Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015-2016

vă informăm că în perioada 12.01.2016-15.01.2016 vă puteți exprima opțiunea privind:

- **Acceptul** asupra încheierii de **acte adiționale** la contractele de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe de sănătate cu scop curativ (pentru medicamente ce fac obiectul **contractelor cost-volum**), în conformitate cu prevederile legale și contractuale sus-menționate.

Atașăm formularul de cerere. Opțiunile vor fi depuse la registratura CAS Botoșani în perioada menționată.

Președinte Director General,  
COSTEL LUPĂȘCU



Director relații contractuale,  
ALINA MUSTIAȚĂ

Denumirea furnizorului .....

Sediul social .....

**Către**

**Casa de Asigurări de Sănătate Botoșani**

Subsemnatul (a) ..... legitimat cu CI  
seria ..... nr ....., în calitate de reprezentant legal la  
.....cod fiscal ..... solicit  
prin prezenta, încheierea actului adițional pentru furnizarea de medicamente și materiale  
sanitare specifice în cadrul programelor naționale de sănătate curative în sistemul  
asigurărilor sociale de sănătate, care fac obiectul contractelor cost-volum pentru anii  
2015-2016, cu Casa de Asigurări de Sănătate Botoșani.

Eliberarea se va face prin următoarele farmacii/puncte de lucru aflate în structura  
societății comerciale în contract cu CAS Botoșani:

.....  
.....  
.....  
.....

Data,

Reprezentant legal,  
(semnătura și stampilă)

Domnului Președinte Director General al CAS Botoșani