Denumirea furnizorului …………………………………………………………………………………………………

Sediul social / Adresa fiscala …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Către,**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CONSTANȚA**

Subsemnatul (a) ................................................................................................................................., legitimat cu C.I. seria ..................., nr. ........................................................în calitate de reprezentant legal al cod fiscal .........................................., solicit prin prezenta, încheierea actului adițional pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în Sistemul Asigurărilor Sociale de Sănătate, care fac obiectul contractelor **Cost – Volum – Rezultat**, pentru anul 2021, cu CAS Constanța.

 Solicit aceasta pentru punctul / punctele .............................................................................................

 Persoana de contact a furnizorului de medicamente cu CAS Constanța pentru incheierea acestui tip de act adițional și eliberarea medicamentelor ce fac obiectul contractelor **Cost – Volum – Rezultat,** este ................................................................................................................................, având numărul de telefon ......................................................................

**Data: ............................... Reprezentant legal,**

**Domnului Director General al Casei de Asigurări de Sănătate Constanţa**