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

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

**Către,**

**Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucuresti**

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 **FRM** - **Cost – Volum**, pentru anul 2019, cu CAS MB,

 ∏ contractelor **Cost – Volum – Rezultat**, pentru anul 2019, cu CAS MB.

**Data Reprezentant legal**

**Doamnei Preşedinte-Director General al Casei de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucuresti**