

Către,  
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

Subsemnatul/(a), \_\_\_\_\_,  
legitimat cu CI/BI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_ telefon personal \_\_\_\_\_,  
având CNP \_\_\_\_\_  
în calitate de reprezentant legal al \_\_\_\_\_,  
telefon \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, adresa e-mail \_\_\_\_\_  
CUI / CIF \_\_\_\_\_

solicit prin prezenta încheierea **actului adițional pentru servicii medicale paraclinice de ECOGRAFIE** la contractului de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice cu CASMB în anul 2018.

Menționez că documentele necesare încheierii contractului sunt transmise în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătură electronică extinsă.

Data:

Reprezentant legal,

semnătura electronică

Doamnei Președinte-Director General al CASMB