

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 contractului de furnizare de servicii medicale în **asistența medicală de specialitate în ambulatoriu pentru specialitatea MEDICINĂ DENTARĂ** 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