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 RADIOLOGIE** la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru **specialitatea medicină dentară** cu CASMB, pentru anul 2019.

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

Data: Reprezentant legal,

…………….. ………………………

Domnului Preşedinte-Director General al CASMB