Către

 Casa de Asigrări de Sănătate a Municipiului București

Subsemnatul/(a)……..…….., legitimat cu CI/BI seria…….., nr…….., telefon ……….., având CNP ………., în calitate de reprezentant legal al ………………..., telefon …………, fax ……. , adresa …………, e-mail ………….., CUI ……….. / CIF……..…., solicit prin prezenta includerea unității sanitare în Programul național de sănătate mintală - Subprogramul naţional de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist.

Data: Reprezentant legal,

 semnătura electronică

Domnului Director General al CASMB