Furnizor..............

Nr................

 **CERERE DE CONTRACTARE**

 **(Medicina fizica-Reabilitare)**

 Subsemnatul(a).................................................................reprezentant legal al unităţii medicale.........................................................................cu sediul social în ....................................................adresa .............................................................., telefon........................, fax.................,certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.........................C.U.I................................................................... e-mail ............................................Decizie de evaluare nr.............................................................cont..............................................................deschis la trezoreria...................................................................autorizaţie de funcţionare nr..............................vă rog să aprobaţi încheierea contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare cu CAS Satu Mare pe anul 2023.

 Declar pe proprie răspundere,sub sancţiunile prevăzute de Codul penal privind falsul în declaraţii şi uzul de fals, că documentele depuse sunt conform cu realitatea şi în termen de valabilitate.

 Reprezentant legal,

 Ştampila şi semnătura