

CERERE
model

Subsemnatul reprezentant legal al furnizorului*

- Nume furnizor
- Categoria de furnizori.....
-
- Activitatea pentru care se solicita evaluarea.....
-

cu următoarele date de identificare: cod fiscal localitatea
..... str. nr. județul
telefon fax, e-mail
..... solicit evaluarea sediului lucrativ/punctului de lucru
situat în localitatea str. nr. județul
..... telefon fax e-mail
.....

Motivul pentru care solicit evaluarea:

- furnizor nou
- expirarea deciziei de evaluare anterioare
- alte motive (specificați)

Anexez documentele solicitate conform [art. 4](#) din [anexa 4](#) la Ordinul ministrului
sănătății și al președintelui CNAS nr. 106/32/2015.

Data

Reprezentant legal,
Nume și prenume
Semnătură și ștampilă

* se va menționa numele furnizorului, categoria de furnizori și activitatea pentru care se solicită
evaluarea