Denumirea furnizorului....................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

Sediul social / Adresa fiscala..........................................................................................................................

Catre,

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE VALCEA**

Subsemnatul (a)………………………………………………………………………………………………

legitimat cu B.I./C.I.seria..........., nr........................................., CNP………………………………in calitate de reprezentant legal al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod fiscal …………….,telefon……………………,adresa e-mail…………… solicit prin prezenta intrarea in relatie contractuala cu CAS VALCEA pentru furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile **clinice**, in anul **2018,** în conformitate cu dispozițiile HG nr.140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 și a Ordinului MS și al Președintelui CNAS nr.397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019.

 Data Reprezentant legal,

……………….

**Domnului Presedinte-Director General al Casei de Asigurari de Sanatate Valcea**