

CMI DR.(S.C) _____

NR. _____ / _____

DOMNULE DIRECTOR GENERAL,

CMI DR.(S.C) . _____

cu sediul în localitatea _____ strada _____,
nr. _____, județul Vaslui, CUI _____, prin reprezentant legal _____
_____, solicit prin prezenta încheierea contractului pentru prestarea serviciilor
medicale în cadrul procesului de vaccinare împotriva COVID-19, conform Ordinului ministrului sănătății și
al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 645/501/2021 privind modificarea și
completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.
68/101/2021 pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 4 alin. (1) și (3) din Ordonanța de urgență a
Guvernului nr. 3/2021 privind unele măsuri pentru recrutarea și plata personalului implicat în procesul de
vaccinare împotriva COVID-19 și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății.

Data

Reprezentant legal

Semnătura