***CNAS***

***CAS ILFOV***



***CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE***

***CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ILFOV***

Str. Av. Popisteanu nr. 46, Sector 1, Bucuresti, Cod postal 012095

CUI 10549058

E-mail: [informatica@casailfov.ro](mailto:informatica@casailfov.ro), [casilfov@gmail.com](mailto:casilfov@gmail.com), [relatii.publice@casailfov.ro](mailto:relatii.publice@casailfov.ro)

<http://www.casailfov.ro>

Tel. 0212241982, Fax 0212243867

**Furnizorul de servicii medicale Avizat,**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Director Relatii Contractuale**

**Nr. ..............……. /…......…………….**

***CERERE DE CONTRACTARE***

Subsemnatul(a) …………………………………………………............... , reprezentant legal al furnizorului .……………………………….............................................................................., cu sediul social în .............................

..........................................................., punct de lucru in .................................................................., C.U.I………..………………...., J……/……./………...……., dovada de evaluare nr.…….....…./..…….……..…, cont nr. …………………………………………….....................……… deschis la Trezoreria/banca .................................... autorizaţie sanitară de funcţionare nr……….…/……….., ASM furnizor nr. ......./..............., telefon fix ........................, telefon mobil ...................................., fax........................................., adresa de e-mail ....................................................., având încheiat cu C.A.S. ILFOV contractul nr..……......……, vă rog să binevoiţi a aproba încheierea contractului de furnizare dispozitive medicale pe anul 2021.

Sub sancţiunile prevăzute de art. 326 din Codul penal privind falsul în declaraţii şi uzul de fals, declar că:

* Documentele depuse sunt conform cu realitatea şi în termen de valabilitate.
* Nu am încheiat şi nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casa de asigurări de sănătate contracte, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obţinerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu art. 204 - alin. (2) din H.G. nr. 696/2021.

R**eprezentant legal furnizor,**

Nume, prenume, semnatura