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

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

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

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

Telefon:..................

e-mail:.............

Catre,

 **CASA DE ASIGURARI DE SANATATE MURES**

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

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

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

cod fiscal ……………………...………....., solicit prin prezenta, incheierea contractului de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale, in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, pentru anul 2016 cu CAS MURES.

 Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

 Data Reprezentant legal Reprezentant legal

………………. (semnatura si stampila) ................................................

 **Doamnei Presedinte-Director General al Casei de Asigurari de Sanatate Mures**