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

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

Către,

 **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 pentru specialitati clinice in ambulatoriu (se vor enumera specialitatatile clinice tinand cont de specialitatea /specialitatile medicului precum si de inregistrarea in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati),

1…………………………………….

2…………………………………….

in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate pentru 2020, cu CAS MURES.

 Data Reprezentant legal Reprezentant legal

……………….

 **Domnului Director General al Casei de Asigurari de Sanatate Mures**