**SMC1**

**UNITATEA SANITARĂ......................................**

**Nr.Convenție privind eliberarea CCM................**

**Către,**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE MUREȘ**

**D-lui Director General Ec. Biro Rodica**

Subsemnatul (a) ........................................................., reprezentant legal al unității sanitare ..............................................., cu următoarele date de identificare: cod fiscal..............., localitatea .................................., str. .................................., nr. ................., județul ..................,vă rog să aprobați ștergerea fisierului de raportare concedii medicale aferent lunii....................., anul............., deoarece am efectuat modificări/corecturi în cadrul acestui fișier și trebuie să-l încarc din nou în SIUI.

Reprezentant legal al unității sanitare

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

Data...........................