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

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

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

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

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 de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu cu CAS MURES, pentru anul 2018.

 Data Reprezentant legal

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