**DATE DE CONTACT ALE FURNIZORULUI DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/PALEATIVE LA DOMICILIU**

**Denumire Furnizor ………………………………………………………**

**Reprezentantul Legal : Nume/Prenume ..……………………………………….**

**CNP Reprezentant legal…………………………………**

**Adresa completa a sediului social**

**Localitate……………………………**

**Strada…………………. Nr. …… Bl………. Ap. ………..**

**Judet/Sector……………………………………..**

**Cod strada………………….**

**Adresa completa pentru punctul/punctele de lucru**

**Localitate……………………………**

**Strada…………………. Nr. …… Bl………. Ap. ………..**

**Judet/Sector……………………………………..**

**Cod strada………………….**

**Cont Trezorerie/Banca…………………………**

**Cod Fiscal / Cod identificare Fiscala……………………………**

**Certificat Inregistrare RUCM………………………….………..**

**Autorizatia Sanitara de Functionare…………………………….**

**Telefon……………………………….**

**Fax…………………………………….**

**E-mail…………………………………**