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 medicale pentru MEDICINA DENTARA, 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**