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

Sediul social/Adresa fiscală.......................................................................................................................

Către,

**CASA DE ASIGURARI DE SĂNĂTATE MUREȘ**

**Doamnei Președinte-Director General al Casei de Asigurări de Sănătate Mureș**

Subsemnatul (a)..……………………………………………………………………………………….

legitimat cu B.I./C.I. seria..........., nr................................, în calitate de reprezentant legal al ....................................................................................................................................................................

cod fiscal ……………………...………....., solicit prin prezenta, încheierea contractului de furnizare de servicii medicale pentru MEDICINĂ DENTARĂ, în Sistemul Asigurarilor Sociale de Săntate, pentru anul 2017, cu CAS MUREȘ.

Totodată, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că la momentul încheierii Contractului de furnizare servicii medicale îndeplinesc toate condițiile de eligibilitate stabilite de legislația în vigoare pentru încheierea contractului cu CAS Mureș.

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Data Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)