Doamna Presedinte – Director General,

Subsemnatul(a), ………………………………………………….. , reprezentant

legal al …………………………….., cu sediul in localitatea …………………….., judet/sector …………………….., str. ………………………, nr. ……….., bl. ……., ap. …., telefon (fix/mobil) …………….., fax …………….., e-mail ………………………, solicit incheierea **contractului de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat pentru anul 2017**, in baza prevederilor HG nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, cu modificarile si completarile ulterioare, si a Normelor metodologice de aplicare ale acestuia, aprobate prin Ordinul MS/CNAS nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2016 a HG nr. 161/2016.

Furnizarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat pentru anul 2017, in contract cu Casa de Asigurari de Sanatate Mures, se va desfasura prin urmatoarele locatii (*se vor enumera sediul social lucrativ si/sau punctele de lucru din judetul Muresa) :*

* …………………… din localitatea ...................................., judeţul/sectorul .................., str. .........................., nr. ....., bl. ……., ap. …….., telefon (fix/mobil) ............., fax .............., e-mail ………………pentru:

□ solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu

□ serviciile de transport cu autovehicule

* ………………….. din localitatea ...................................., judeţul/sectorul .................., str. .........................., nr. ....., bl. ……., ap. …….., telefon (fix/mobil) ............., fax .............., e-mail ………………, pentru:

□ solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu

□ serviciile de transport cu autovehicule

 Anexez alaturat documentele necesare pentru incheierea contractului de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat pentru anul 2017 in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

 Data Nume reprezentant legal,

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

Semnatura si stampila

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

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