**CCM 1 -** CERERE PENTRU ÎNCHEIERE CONVENȚIE ELIBERARE CONCEDII MEDICALE

##  Către,

##  Director General al CAS ARAD

Furnizorul de servicii medicale ……....................................................................................,

reprezentat prin …........................................................................... și având forma de organizare:

* cabinet individual / cabinete grupate / cabinete asociate
* societate civilă medicală / cabinet organizat ca persoană juridică
* Spitale / Unități sanitare cu paturi
* Centre de permanență / Centre multifuncționale
* Funizor transport sanitar
* Unități de dializă

cu autorizaţia sanitară nr. .................. din data de ................................, valabilă pînă la data de …………………, cu certificatul de înregistrare la Registrul Unic al Cabinetelor (după caz) nr. ................. din data de …………………. , având sediul în …………………………………., Str..............……..………………………...…… nr. …..., Bl. . ..Sc. ….., Et. ……., Ap. ……, județ …..……...., telefon............................, adresă e-mail …………….………..………, cod unic de înregistrare / cod fiscal ………………….......,

solicit să închei Convenţie pentru eliberarea de concedii medicale cu Casa de Asigurări de Sănătate Arad.

Odată cu prezentul formular, depun şi următoarele documente:

1. Tabel 1A
2. Declarație, pe proprie răspundere, a fiecărui medic dacă mai eliberează concedii medicale și la alți furnizori (tipizat CCM3)

Menţionez că **NU** am încheiat convenţie pentru eliberarea de concedii medicale cu altă casă de asigurări de sănătate.

Număr contract de servicii medicale cu Arad (dacă este cazul) ………………….

Răspund de corectitudinea și exactitatea datelor ,

 Reprezentant legal Data

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

Se completează în totalitate și lizibil toate rubricile de către furnizorii de servicii medicale care doresc să încheie convenție de eliberare concedii medicale cu CAS Arad.