**CCM 4 -** CERERE ÎNCETARE A CONVENȚIEI DE ELIBERARE CONCEDII MEDICALE

Către,

**Director General al CAS ARAD**

Subsemnatul/a (nume prenume)..................................................................., reprezentant legal /împuternicit al (denumire furnizor)...................................................................................... având codul fiscal ..................... cu sediul in ....................., Str.............................................., Nr.......Bl. ....., Sc....., Et. ..., Ap....., și având încheiată cu CAS ARAD convenția de eliberare concedii medicale nr. ................ din data de ......................, vă rog să aprobați **încetarea convenției** începând cu data de ........................ . Motivul solicitării încetării convenției este următorul, după caz:

a) mutarea din teritoriul de funcționare a furnizorului de servicii medicale

1. încetarea prin faliment, dizolvare, lichidare, desființare sau reprofilare, după caz
2. încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate
3. acordul de voință al părților
4. denunțarea unilaterală a convenției de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale (notificarea de denunțare se face cu 30 de zile calendaristice înainte de data de la care se odrește încetarea convenției)
5. a survenit decesul titularului cabinetului medical individual
6. medicul titular al cabinetului medical renunță sau pierde calitatea de membru al CMR / CMB / Colegiul Medicilor Dentiști.

Totodată vă aduc la cunoștință că următoarele certificate de concediu medical achiziționate de la CAS Arad nu au fost utilizate de medicii din cadrul convenției pe parcursul derulării acesteia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr.crt. | Certificat de la seria / nr. | Până la seria / nr. |
|  |  |  |
|  |  |  |

Certificate de concediu medical indicate în tabel au fost anulate, drept pentru care le declar nule.

Reprezentant legal Data

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