Anexa 1

# CERERE

 **Subsemnatul..........................................................................................**

**reprezentant legal al furnizorului :**

**Nume furnizor: ................................................................................... Categoria de furnizori.........................................................................**

 **Activitatea pentru care se solicită evaluarea..............................................., cu urmatoarele date de identificare: cod fiscal.................................................**

**Localitatea.............................................., str.......................................................**

**nr...................judetul................................telefon...............................................email..............**

 **Solicit evaluarea sediului lucrativ/cabinetului/punctului de lucru situat in localitatea.....................................................**

**Str.....................................................nr....................judetul ................................ telefon...................................fax..............................email...................................**

**Anexez documentele solicitate conform art.4 din Anexa 2 la Ordinul ministerului sănătății și al președintelui C.N.A.S. nr. 3168/720 din 1 septembrie 2023, cu modificarile si completarile ulterioare.**

**Reprezentant legal,**

**Data .................................. Nume si prenume..................................**

 **Semnatura.............................................**