CERERE

Subsemnatul ..... reprezentant legal al furnizorului*.....
.....
.....
.....
.....
cu următoarele date de identificare :
cod fiscal ..... localitatea .....
str. ..... nr. ..... județul .....
telefon ..... fax ..... e-mail .....
solicit evaluarea sediului lucrativ/punctului de lucru situat în
localitatea ..... str. ..... nr. .....
județul ..... telefon ..... fax .....
e-mail .....
Anexez documentele solicitate conform art. 4 din Anexa 4 la Ordinul Ministrului Sănătății și al Președintelui CNAS nr. 106/32/2015.

Reprezentant legal,

Nume si prenume .....

Data ..... . Semnatura si ștampilă .....

* se va menționa numele furnizorului, categoria de furnizori și activitatea pentru care se solicita evaluarea