***CERERE DE INTENTIE***

***Către,***

 ***CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CLUJ***

 Subsemnatul(a) ....................................CNP ……..............., reprezentant legal al S.C…………….................................................................................................S.R.L./S.A., cu sediul social în localitatea................................................................................., cod fiscal...................................................... J…........................…/…................…./…............., cont nr.…………..................................., deschis la Trezoreria .........................................……......., telefon..............................................................................., adresa e-mail …………………………………………………………………......., vă rog să aprobaţi încheierea unui **contract** de furnizare de medicamente ce fac obiectul **contractelor cost–volum-rezultat**, din HG nr. 696/2021, în baza art. 149, alin 4) “În situația în care societatea farmaceutică intra în relație contractuală numai pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, casa de asigurări de sanitate încheie contract în acest sens”, prin următoarele farmacii:

1. Farmacia .............................. din localitatea ......................................., str. ....................., nr. ................... telefon ……...………………, cu autorizaţia de funcţionare nr. ………. eliberată de M.S., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. …………. / ……….……., farmacist-șef ………..……….,
2. Farmacia .............................. din localitatea ......................................., str. ....................., nr. ................... telefon ……...………………, cu autorizaţia de funcţionare nr. ………. eliberată de M.S., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. …………. / ……….……., farmacist-șef ………..……….,

Corespondenţa legată de derularea contractului se va efectua în scris la:

* sediul social ................................................................
* punct de lucru ..................................................................

Pentru situaţii de urgenţă comunicarea se va realiza pe e-mail la adresa (furnizor)........................................

 **Reprezentant legal furnizor,**

semnătură electronică extinsă/calificată