Denumirea furnizorului …………………………………………………………………………………………………

Sediul social / Adresa fiscala …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Către,**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CONSTANȚA**

Subsemnatul (a) .................................................................................................................................,

legitimat cu C.I. seria ..................., nr. ........................................................în calitate de reprezentant legal al

cod fiscal .........................................., solicit prin prezenta, încheierea actului adițional pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu care fac obiectul contractelor **Cost – Volum**, pentru anul 2023, cu CAS Constanța în baza Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

 Solicit aceasta pentru punctul / punctele .............................................................................................

 Persoana de contact a furnizorului de medicamente cu CAS Constanța pentru incheierea acestui tip de act adițional și eliberarea medicamentelor ce fac obiectul contractelor **Cost – Volum,** este ............................................................................................................................., având numărul de telefon ......................................................................

**Data: ............................... Reprezentant legal,**

**Doamnei Director General al Casei de Asigurări de Sănătate Constanţa**