DOAMNA PREȘEDINTE,

Subsemnatul/subsemnata…......................……………………………… reprezentant legal al furnizorului..........................................................................................., specialitatea …................................................. cu următoarele date de identificare: cod fiscal …….……. localitatea ...................................……, str. ...........................……………….…………... , nr .........., bloc …………, sc. …………, ap. ………… judeţul ….................................., telefon …………….........., e-mail ................................................... .......... solicit evaluarea sediului lucrativ / punctului de lucru situat în localitatea …...................................................……, str. .............……………………………………..….., nr .........., bloc …………, sc. …………, ap. ………… judeţul ….......................................…..……., telefon ……………............., e-mail ..................................................................

 Anexez documentele solicitate conform art. 4 din Anexa 4 la Ordinul ministerului sănătății și al președintelui CNAS nr. 106/32/2015.

 Reprezentant legal,

 Nume și prenume ...................................................

 Semnătura și ștampila

Data ..........................