

Furnizorul de servicii medicale

.....
Nr..... /.....

C.A.S. Dâmbovița
SERVICIUL EVALUARE
CONTRACTARE

Nr...../02. 2021

CERERE DE CONTRACTARE

Subsemnatul(a) reprezentant legal al furnizorului de servicii în asistența medicală primară cu sediul în str. nr. , C.U.I., decizie de evaluare nr. /....., cont nr. deschis la Banca/Trezoreria, autorizație sanitară de funcționare nr. /....., ASM furnizor, după caz, nr. /....., telefon cabinet, telefon mobil, adresa e-mail, vă rog să binevoiți a aproba încheierea contractului pentru activitățile prevăzute la art. 3 alin. (2) – (7) din OUG nr. 3/2021 privind unele măsuri pentru recrutarea și plata personalului implicat în procesul de vaccinare împotriva COVID – 19 și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății

Activitățile ce fac obiectul prezentului contract se realizează de către următorii:

Medic de familie :

Numele..... Prenumele CNP
..... Cod parafă,

Semnatura și parafa

Medic de familie :

Numele..... Prenumele CNP
..... Cod parafă,

Semnatura și parafa

Asistenți medicali : Nume și prenume CNP

*Cererea se completează în format .doc și este asumată prin semnătură electronică extinsă calificată. Toate câmpurile sunt obligatorii.

Reprezentant legal furnizor
Nume, prenume ,semnatura