

Furnizorul de servicii medicale

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

CERERE DE CONTRACTARE

Subsemnatul(a), reprezentant legal al unitatii medicale cu paturi, cu sediul in str. nr. cod fiscal....., decizie de evaluare nr./....., cont nr. deschis la Trezoreria, autorizatie sanitara de functionare nr./....., ASM nr...../....., telefon fix, telefon mobil, fax, adresa de e-mail, avand incheiat cu C.A.S. Dâmbovița contractul nr. , va rog sa binevoiti a aproba incheierea contractului pentru activitatea prevăzută la art. 3 alin (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului 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

Sub sancțiunile prevăzute de art. 326 din Noul Cod penal privind falsul în declarații și uzul de fals, declar pe propria răspundere următoarele:

- Documentele depuse (decizia de înființare a centrului de vaccinare, lista personalului care desfășoară activitatea în cadrul centrului de vaccinare și programul de activitate conform Anexei 4 la ordinul MS – CNAS nr. 68/100/2021) sunt conforme cu realitatea .

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

Reprezentant legal furnizor,
Nume, prenume,semnatura