**FURNIZOR DE SERVICII MEDICALA IN ASISTENTA MEDICALA PRIMARA**

**....................................................................................**

**NR. Din 13.05.2021**

**DOMNULE DIRECTOR GENERAL**

Cabinetul medical de asistenţă medicală primară ....................................................................., organizat astfel:

- cabinet individual ................................, cu sau fără punct secundar de lucru .............................., reprezentat prin medicul titular ...............................;

– unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit <LLNK 11990 31 13 2R1 0 43>Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ........................., reprezentată prin .............................;

având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ............................, str. ....................... nr. ....., bl. ....., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ......................., telefon fix/mobil ......................., adresă de e-mail ..........................., şi sediul punctului secundar de lucru în localitatea ......................., str. ........................ nr. ...., telefon fix/mobil .........................., adresă de e-mail .................................

**prin prezenta**

**CERERE**

**solicit incheierea contractului pentru** realizarea activităţilor prevăzute la <LLNK 12021 3182 332 3 71>art. 3 alin. (4)-(5^1) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 3/2021 privind unele măsuri pentru recrutarea şi plata personalului implicat în procesul de vaccinare împotriva COVID-19 şi stabilirea unor măsuri în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, după caz, astfel:

a) consultaţia, administrarea vaccinului potrivit schemei complete de vaccinare în cabinetul propriu, raportarea şi monitorizarea reacţiilor adverse postvaccinale pentru persoanele aflate pe listele proprii;

b) consultaţia, administrarea vaccinului potrivit schemei complete de vaccinare în cabinetul propriu, raportarea şi monitorizarea reacţiilor adverse pentru persoanele care nu au un medic de familie sau pentru care medicul de familie nu asigură aceste servicii.

Activităţile ce fac obiectul prezentului contract se realizează de către următorii medici de familie:

a) Medic de familie

Numele ........................, prenumele ........................

Cod numeric personal ..............................................

Codul de parafă al medicului ......................................

b) Medic de familie ...............................................

Numele ............................, prenumele ....................

Cod numeric personal ..............................................

Codul de parafă al medicului ......................................

**Data Semnatura(electronica)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reprezentant legal**