**CERERE**

Subsemnatul...............................................................................reprezentant legal al furnizorului………………........................................................................................................... – \*) .....................................................................................................................................

.....................................................................................................................................

cu următoarele date de identificare :

cod fiscal ................................ localitatea Bucuresti, str. ........................................................ nr............ sector ....., telefon .................................., fax................................................. e-mail .................................................................., solicit evaluarea sediului lucrativ/punctului de lucru situat in localitatea Bucuresti, str. ............................................................... nr............ sector ......, telefon ................................................, fax................................................. e-mail ................................................................

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

\* ) se va mentiona activitatea/specialitatile pentru care se solicita evaluarea.

Reprezentant legal,

Nume Prenume

Data Semnătura si ștampilă .................