

Către,  
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

Subsemnatul/(a),  
legitimat cu CI/BI seria , nr. telefon personal  
având CNP  
în calitate de reprezentant legal al  
telefon , fax , adresa e-mail  
CUI / CIF

solicit prin prezenta încheierea **contractului de furnizare de servicii medicale de îngrijiri paliative la domiciliu** cu CASMB în anul 2018.

Menționez că documentele necesare încheierii contractului sunt transmise în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătură electronică extinsă.

Data:

Reprezentant legal,

semnătura electronică

Doamnei Președinte-Director General al CASMB