

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 în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru **specialități paraclinice de radiologie și imagistică**, cu CASMB, pentru 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