

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 **actului adițional pentru servicii medicale paraclinice de RADIOLOGIE** la contractului de furnizare de servicii medicale în **asistența medicală de specialitate în ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară** 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