Către,

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCURESTI**

Subsemnatul (a)…………………………………………………………………………

legitimat cu B.I./C.I. seria ......................, nr......................................................................., CNP………………………………………………..………în calitate de reprezentant legal al

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

*CUI/CIF:....................................................; Nr. Of. Reg. Com:..........................................*

*Sediul social / Adresa fiscală.............................................................................................*

*Telefon:.............................................................; Fax:.......................................................;*

*Mobil:.....................................................; E-mail:...............................................................*

solicit prin prezenta, încheierea contractului cu Casa de Asigurări de Sanătate a Municipiului Bucuresti – pentru:

* **furnizarea de servicii medicale pentru consultații de urgență la domiciliu;**
* **furnizarea de servicii medicale pentru activități de transport sanitar neasistat**;

în Sistemul Asigurărilor Sociale de Sănatate - pentru **anul 2018**.

 ***Reprezentant legal,l***

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

 *(nume, prenume, semnatură)*

***Data:****.....................................*

Doamnei Președinte-Director General al Casei de Asigurări de Sănatate a Municipiului Bucuresti