Către,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCURESTI

 Subsemnatul(a) dr.…...............................................................…………………............................

Legitimat cu CI seria ........., nr ........., telefon ..................fax,.................E-mail........................................

CNP ....................................... , reprezentant legal al CMI/SC ………....................................................……., cu contract in asistentă medicală primară MF................. **solicit incheierea contractului cu Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucuresti pentru anul 2018 pentru asigurarea asistenței medicale in regim de gardă in centrul** **de permanență**.................................................................. pentru următorii:

Medici :

1. ...................................................................... cod parafa : .............................
2. ........................................................................ cod parafa : .............................
3. ........................................................................ cod parafa : .............................
4. ........................................................................ cod parafa : .............................
5. ........................................................................ cod parafa: ................................

Cadre medii :

1. .....................................................................
2. ..................................................................
3. ..................................................................
4. ..................................................................
5. ...................................................................

 Data Reprezentant legal

………………. ...............................................

Doamnei Preşedinte – Director General a Casei de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucuresti