Denumirea furnizorului....................................................................................................................................

Sediul social / Adresa fiscala..........................................................................................................................

Catre,

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE SĂLAJ**

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

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

cod fiscal ……………………..,telefon…………………………, fax ……………………, adresa de e-mail ce urmează a fi folosită pentru corespondență pe perioada de derulare a contractului …………………….……….……,solicit prin prezenta,**intrarea în relație contractuală** cu CAS SĂLAJ pentru domeniul ***DISPOZITIVE MEDICALE*** pentru furnizarea următoarelor tipuri de dispozitive medicale noi introduse prin Ordinul comun MS/CNAS nr. 3335/868/2022**, respectiv:**

* 1. **Adezivi pentru filtre umidificatoare HME;**
  2. **Suport de presiune pozitivă continua CPAP**
  3. **Suport de presiune pozitivă continua cu două nivele BPAP**

dispozitive medicale ce urmează a fi în acordate în conformitate cu dispozițiile HG nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022 și a Ordinului MS și al Președintelui CNAS nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022, cu modificările și completările ulterioare.

Menționez că documentele necesare încheierii contractului/actului adițional sunt transmise în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal. Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor din documentele care însoţesc prezenta cerere.

În calitate de reprezentant legal/persoana mandatată, mă oblig să anunţ Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza obținerii deciziei de evaluare/acreditare, precum și la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, **cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinesc în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului.**

**Reprezentant legal**

(semnătura electronica extinsa/calificata)

Data: