Denumire furnizor ………………………..........................................................

Nr……….. din …………………….

**CERERE**

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

reprezentant legal al unităţii medicale ………………………............................................

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

cu sediul social în ……………………………………………………………...................

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

C.U.I. ………..............…, telefon cabinet …...........………., telefon mobil …………….

adresa e-mail ......…………………………………., vă rog să aprobati **incheierea contractului pentru anul 2020** pentru următoarele tipuri de asistenţă medicală:

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

Reprezentant legal,