**Către,**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE VALCEA**

Subsemnatul (a) ………………………………….………………………………………………………..……., CNP …………..……………………………, CI/BI seria ….… nr………. reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale………………………..…….……………….…………………., CUI……………..………….cu adresa fiscală……………………………………………………………………………..,

 cu adresa sediului lucrativ ………………………………………………………………………………………………..,

cu punct de lucru ……………………………………………………………………………………………….,

telefon …………………………………, adresa e-mail…………………………………………solicit **încheierea** cu CAS VL, a contractului de furnizare de servicii de **medicină dentară** în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea **medicină dentară** pentru anul 2018, în baza prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019 și a Normelor metodologice de aplicare în anul 2018.

 pentru **medicul titular** și **medicul angajat**  :

1. ……………………………………; 6. ....................................................;
2. ……………………………………; 7. .....................................................;
3. …………………………………….; 8. .....................................................;
4. ......................................................; 9. .....................................................;
5. .......................................................; 10. .....................................................;

Data: Reprezentant legal,

…………………….

Domnului Preşedinte – Director General a Casei de Asigurări de Sănătate Valcea