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

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

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

Catre,

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE VÂLCEA**

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 viitorului contract …………………..……….………………….…………, solicit prin prezenta, **intrarea în relație contractuală** cu CAS VALCEA pentru domeniul ***Asistență medicală dentară*** începând cu data de **01.05.2022,** 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 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 Vâlcea 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:

Domnului Director General al Casei de Asigurări de Sănătate Vâlcea