Furnizorul de servicii medicale
.....
Nr.……. /…….

Avizat,
DRC

C.A.S. SALAJ

Nr……../ …... .. 2024

CERERE DE CONTRACTARE

Subsemnatul(a) ..... reprezentant legal al furnizorului ..... cu sediul în ..... str. ..... nr. ..... , având punct de lucru situat în ..... str. ..... nr. ..... , C.U.I. …….....…....…...…, decizie de evaluare nr. ……./..……, cont nr. …….....……. deschis la Banca/Trezoreria …..……..…, autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ……/……., ASM furnizor, după caz, nr. ...../....., telefon cabinet ....., telefon mobil ....., adresa e-mail .....….. (obligatoriu), solicit încheierea contractului de **furnizare a serviciilor medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice ..... pe anul 2024**,în baza prevederilor HG nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, și a Normelor metodologice de aplicare ale acestuia, aprobate prin Ordinul MS/CNAS nr.1857/441/2023, cu modificarile si completarile ulterioare.

Anexez alăturat documentele necesare pentru încheierea contractului de furnizare servicii medicale.

Reprezentant legal furnizor
Nume, prenume, semnatura