**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE**

**CERERE**

Subsemnatul ……………………………………………………………… reprezentant legal al **furnizorului\***……………………………...………………………………………………………... cu următoarele date de identificare: cod fiscal ..…………….. localitatea …………………………… str. ……………………………………………….………….………………..….………… nr. …….... judeţul …………............ telefon …………….…………………..fax …….…………..……… e-mail …………………………..……..……… solicit evaluarea sediului lucrativ / cabinetului/ punctului de lucru situat în localitatea ……………………………… str. ….…………………………………….. nr. …….. judeţul ……………… telefon ……………..……………….. fax…………………..…… e-mail ………………………………………………. .

Anexez documentele solicitate conform art. 4 din Anexa 2 la Ordinul ministrului Sănătăţii şi al preşedintelui CNAS nr. 3168/3720/2023.

Reprezentant legal,

Nume şi prenume ………………………………………

Data …………………….. Semnătură ……………………………………………..

-----------------------

\* se va menţiona numele furnizorului, categoria de furnizori şi activitatea pentru care se solicită evaluarea/ specialitatea cabinetului