Către,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

Subsemnatul/(a), …………………………………………………………………………….,

legitimat cu CI/BI seria ……., nr. ………..……, telefon personal ………….……….……, având CNP …………………………………………………………………………………………….

în calitate de reprezentant legal al ………………………………………………………………….

telefon ……………………….., fax ……………………., adresa e-mail ………………………….

CUI / CIF ………………………………………………………………………………………..

solicit prin prezenta încheierea actului additional de radiografii si tomografii dentare la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice,cu CASMB, pentru anul 2025.

Menționez că documentele necesare încheierii contractului sunt transmise în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătură electronică extinsă.

Data: Reprezentant legal,

…………….. ………………………

Domnului Director General al CASMB