

Catre

DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA VALCEA

Subsemnatul DR. , in calitate medic de familie vaccinator, reprezentant legal al cu sediul cabinetului medical in municipiul / orasul / comuna....., str....., nr....., bl....., sc.....,ap....., judetul , telefon fix , mobil , adresa de e-mail , si sediul punctului secundar de lucru in localitatea , strada..... depun copii ale urmatoarelor documente in vederea intocmirii contractelor pentru furnizarea vaccinurilor si plata serviciilor de vaccinare in cadrul Programului National de Vaccinare in anul 2017:

1. Autorizatia sanitara de functionare (sediul principal si punct secundar de lucru);
2. Inregistrarea in registrul unic al cabinetelor medicale;
3. CUI (cod fiscal);
4. Cont IBAN, deschis la Banca.....;
5. Dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru medic si personalul medico-sanitar angajat;
6. Contract incheiat cu CAS, nr....., din data de , valabil pana la

Data:

Semnatura si parafa medicului,