

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.....
..... aflat la adresa, str..... nr.....
localitatea.....județul.....telefon.....fax.....cu
certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....actul de înființare sau organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de funcționare nr.....autorizația de funcționare nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod fiscal.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....cu valabilitate până laasigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar nr..... autorizații de liberă practică/certIFICATELE de membru ale Colegiului Medicilor din România pentru un număr de.....angajați, solicit evaluarea sediului/punctului de lucru/filialei.

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice – Analize Medicale de Laborator și aduse la cunoștință de Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice – Analize Medicale de Laborator de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării, precum și acces liber în spațiile deținute.

Furnizorul are următoarele puncte de lucru
.....

Furnizorul este condus de.....care se legitimează cu BI/CI seria.....nr.....și are contract de muncă, după caz, nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice
- Analize Medicale de Laborator