

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

Localitatea: .....

str. .... nr. .... tel./fax .....

### NOTIFICARE

Către:

Furnizorul ....., cu sediul în ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sector/județ ....., înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerțului sub nr. ...., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., tel./fax ....., cont nr. .... deschis la Trezoreria statului și sediul punctului secundar de lucru în ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sector/județ ....., tel./fax ....., reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal.

#### Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea |  |

încetarea |  |

suspendarea |  |

contractului/convenției de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive ..... cu nr. .... / ..... începând cu data de ....., având în vedere: ..... (descrierea pe scurt a situației de fapt) și în temeiul dispozițiilor art. .... din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare, și dispozițiilor art. .... din anexa nr. .... la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. .... /2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a H.G. nr. 161/2016

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,  
.....

Director executiv al  
Direcției economice,  
.....

Director executiv al  
Direcției relații contractuale  
.....

Vizat  
Juridic, contencios  
.....