**Cerere**

**pentru încheierea contractului cu Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București**

Cabinetul medical de asistenţă medicală primară .............................., organizat astfel:

    - **cabinet individual** .........................., cu sau fără punct secundar de lucru ......................., reprezentat prin medicul titular .................................

    - **cabinet asociat sau grupat** ......................., cu sau fără punct secundar de lucru ........................, reprezentat prin medicul delegat .................................

    - **societate civilă medicală** ........................., cu sau fără punct secundar de lucru ....................., reprezentată prin administratorul ...............................

    - **unitate medico-sanitară cu personalitate juridică**, înfiinţată potrivit Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..............................., reprezentată prin ..............................,

 - **cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie** .........................., cu sau fără punct secundar de lucru ............................ reprezentat prin ...............................

având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..............................., str. ......................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ......, judeţul/sectorul ......................., telefon fix/mobil ..........................., adresă e-mail ......................................., şi sediul punctului secundar de lucru în localitatea ............................., str. ........................ nr. ...., telefon fix/mobil .........................., adresă e-mail .................................

    - **CUI** ....................................................,

    - **Nr. Registrul Cabinetelor** ...............................,

    - **cont IBAN** nr......................., deschis la Banca .................., sucursala ..........................,

    - dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat,

    - contract de furnizare a serviciilor medicale în asistenţa medicală primară nr. ...................... încheiat la data de ............................. cu Casa de Asigurări de Sănătate a Judeţului ................../Municipiului Bucureşti,

reprezentat prin ..........................., în calitate de ......................., denumit în continuare Furnizor, solicit încheierea Contractului de furnizare a serviciilor medicale de vaccinare, precum și a vaccinurilor necesare pentru implementarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate publică, în conformitate cu prevederile HG nr. 423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate și Ordinul ministrului sănătății nr.964/2022 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate public, cu modificările și completările ulterioare.

Furnizarea serviciilor medicale de vaccinare în cadrul programelor naţionale de sănătate publică se realizează de către următorii medici de familie:

    a) Medic Nume: ................................... Prenume: ................................

        Codul numeric personal: ........................................................

        Codul de parafă al medicului: ................................................

        Program zilnic de activitate ....................................................