**Cerere de reziliere**

**a contractului de furnizare a serviciilor medicale de vaccinare**

**încheiat cu Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București**

Subsemnatul …………………………………. în calitate de (reprezentant legal/administrator) al …………………………………………………………..

având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ..............................., str. ......................... nr. ....., bl. ..., sc. ...., et. ...., ap. ......, judeţul/sectorul ........................., telefon..........................., adresă e-mail ......................................., şi sediul punctului secundar de lucru în localitatea ............................., str................................ nr.…....., telefon ..................................., adresă e-mail ................................................................., solicit **rezilierea** *Contractului de furnizare a serviciilor medicale de vaccinare precum și a vaccinurilor necesare pentru implementarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate publică* nr. .......................din .......................... încheiat cu Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București, având ca obiect furnizarea serviciilor medicale de vaccinare de către medicul de familie................................................................**.**

Data, Semnătură,