

UNITATATEA SANITARĂ:

.....

Nr. _____/_____

Avizat,

Coordonator Program Regional

Medic primar, DR. NICOLAE IOANID

CERERE DE EVALUARE

Subsemnatul, reprezentant legal al,
cu sediul social în, C.U.I, cont nr.
....., deschis la, autorizație de funcționare
nr., telefon mobil/....., adresa e-mail
....., vă rog să binevoiți a-mi aproba evaluarea documentatiei in
vederea incheierii cu CAS_____ a contractului pentru finantarea subprogramului
de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin.

Anexez documentele solicitate, conform cu Art. 15 lit. a). din normele metodologice
pentru realizarea si raportarea activitatilor specifice in cadrul subprogramului de screening.

Documente atașate:	
1.	Copia, conformă cu originalul, a contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
2.	Dovezile privind organizarea rețelei de screening pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin. (documente, certificate în conformitate cu originalul, care fac dovada îndeplinirii criteriilor prevăzute în prezentele norme metodologice, pentru fiecare structura medicală inclusă în rețea);
3.	Lista personalului medical, care asigură furnizarea serviciilor medicale în cadrul fiecărei structuri medicale inclusă în rețea, datele de contact ale acestuia, precum și programul de activitate destinat screening-ului.

*Declar pe propria răspundere sub sancțiunile prevăzute de art. 474 din Codul penal privind falsul în declarații și uzul de fals ca datele din prezenta cerere sunt conforme cu realitatea.

Reprezentant legal,

.....