SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. SPIRIDON IAȘI
UNITATE FUNCȚIONALĂ REGIONALĂ DE URGENȚĂ
Bulevardul Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI
Tel. 0232-240822, fax 0232-211257
www.spitalspiridon.ro , e-mail: office@spitalspiridon.ro
NIVEL DE COMPETENȚĂ IA

AMBULATORIUL INTEGRAT Nr……/…….

DOMNULE DIRECTOR MEDICAL

SUBSEMNATUL/A…….,

domiciliat în str. …… nr. ……, bl. ……., et……, ap……..,

Loc. ……., Jud. ……., CNP……

Buletin/C.I.Seria …….. Nr…….. în calitate de ……

solicit aprobarea pentru eliberarea unui referat medical/scrisoare medicala necesar pentru

<u>COMISIE HANDICAP</u>

……

……

……

……

Delegat: Nume……

Prenume……

B.I./C.I. delegat: Seria …….. Nr. ……..

Data…….. **Semnătura**

Domnului Director Medical a Spitalului Clinic de Urgență “Sf. Spiridon”, Iasi