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: jud./ sect. …… loc. ……

str. …… nr. ……

COD NUMERIC PERSONAL

în vârstă de …. ani; sexul M/F

B.I./C.I. …… Seria……..Nr……

în calitate de …… solicit eliberarea unui certificat medical necesar pentru ADOPȚIE /BURSĂ MEDICALĂ – ADULȚI /BAROU /CECAR/ANL/LOCUINȚA SOCIALA

……

……

Reprezentant: Nume …… Prenume……

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

Data **Semnătura**

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

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: jud./ sect. …… loc. ……

str. …… nr. ……

COD NUMERIC PERSONAL

în vârstă de …. ani; sexul M/F

B.I./C.I. …… Seria……..Nr……

în calitate de …… solicit eliberarea unui certificat medical necesar pentru ADOPȚIE /BURSĂ MEDICALĂ – ADULȚI /BAROU /CECAR/ANL/LOCUINȚA SOCIALA

……

……

Reprezentant:Nume …… Prenume……

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

Data **Semnătura**

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