CERERE

pentru eliberarea adeverinței de către CAS Călărași cu numărul de zile de concediu medical pentru codul de indemnizație 17

 Subsemnatul/a, ........................................................................... CNP ......................................, domiciliat(ă) în str. ............................................, nr. .................., bl. ......... , sc. ......... , et. ........ , ap. ... , localitatea .......................................... , județul/sectorul ................................... , telefon ............................................ , în calitate de pacient cu afecțiuni oncologice, doresc să îmi eliberați o adeverință fiindu-i necesară însoțitorului meu la tratament pentru acordarea certificatului de concediu medical.

 Mă angajez să transmit o copie a certificatului de concediu medical la CAS Călărași, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanță la adresa de e-mail: cm@casacl.ro.

Documente necesare: copie C.I. pacient cu afecțiuni oncologice; copie C.I. însoțitor

 Data Semnătura