



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE CALARASI

CALARASI ,8500 , STR. INDEPENDENTEI , nr. 51 , TEL / FAX 0242-316.717 / 0242-318.464.
e-mail info@casucl.ro

Nr _____ / _____

DOMNULE DIRECTOR ,

Subsemnatul _____ in calitate de _____
pentru numitul _____ in varsta de _____ ani ,cu
domiciliul in _____
CNP _____ ,va rog sa-mi aprobati procurarea/inchirierea de:

Rog ca decizia sa fie:

- trimisa prin posta la adresa _____
 ridicata personal.

Nr. telefon _____

Data _____

Semnatura _____

Cu multumiri,

Domnului Director General al CJAS Calarasi