

**Domnule Director,**

Subsemnatul/a (**părinte, reprezentantul legal, persoană împuternicită, soț, soție, fiu, fiică – care fac dovada în acest sens**).....

..... cu domiciliul în județul Constanța, localitatea  
....., str..... nr..... bloc..... sc .....ap.....

tel.:....., vă rog să-mi aprobați achiziționarea/confecționarea următoarelor  
dispozitive medicale:.....

.....

.....

.....

.....

..... pentru asiguratul .....

Anexez următoarele acte:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Declar pe propria-mi răspundere că deficiența organică, funcțională sau fizică pentru care cer  
dispozitivul medical nu a apărut în urma unui accident de muncă, boală profesională sau accident  
sportiv .

Declar pe propria-mi răspundere că nu am/a beneficiat de acest dispozitiv medical în ultimii ..... ani.

Vă mulțumesc anticipat.

Data: ..... / ..... /

Semnătura,

.....