

Aprobat
Președinte – Director general
Dr. George Mirel Cristescu

Vizat
conform listei de priorități în luna
Serviciul Medical

Domnule Director,

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

..... cu domiciliul în județul Constanța, localitatea
....., str..... nr..... bloc..... scap.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 , accident sportiv .**

Solicitez acest dispozitiv medical, în baza actelor anexate, pe o perioadă de luni.

Vă mulțumesc anticipat.

Data: / /

Semnătura,

.....

Domnului Director General al Casei de Asigurări de Sănătate
- Constanța -