ANEXA 15

 *la norme*

 *Unitatea sanitară .....................*

 *localitatea .............................., judeţul/sectorul .......................*

***ACORDUL***

 ***pacientului cu afecţiuni oncologice***

 *Subsemnatul/a, ............................................., CNP ........................., domiciliat(ă) în str. .................................... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. ....., sectorul ......, localitatea ............................, judeţul .........................., telefon ......................, diagnosticat cu*

*.......................................................................*

*......................................................................,*

 *menţionez că persoana care mă însoţeşte la tratamentul/intervenţia chirurgicală*

*.......................................................................*

*............................................................... este:*

 *- numele şi prenumele .........................., CNP .........................., domiciliat(ă) în str. ................................... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. ......, sectorul ......, localitatea ................................, judeţul .........................., telefon ......................*

 *În vederea gestionării numărului de zile de concediu medical pentru îngrijirea pacientului cu afecţiuni oncologice, persoana care mă însoţeşte va transmite o copie a certificatului de concediu medical la casa de asigurări de sănătate la care subsemnatul sunt luat în evidenţă, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanţă.*

 *Data .................. Semnătura pacientului cu afecţiuni*

 *oncologice*

 *..................................*

 *Semnătura persoanei care însoţeşte*

 *pacientul cu afecţiuni oncologice*

 *..................................*

**#B**

 ---------------