

DOMNULE PRESEDINTE –DIRECTOR GENERAL

Subsemnatul..... in calitate de asigurat, membru al familiei (parinte,sot/sotie,fiu/fiica), persoana imputernicita legal prin procura nr. , reprezentantul legal, domiciliat in localitatea str..... Bl sc..... ap..... avand CNP BI/CI seria.....nr.....va rog sa aprobatii efectuarea de **ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paleative la domiciliu** conform recomandarii medicale.

Decizia se va ridica de beneficiar, apartinator, imputernicit legal sau se va expedia prin posta la adresa..... .

Data

Semnatura

DECLARATIE

Subsemnatul(a).....domiciliat inCNP.....

declar pe propria raspundere sub sanctiunile prevederilor din codul penal referitoare la falsul in declaratii ca nu realizez alte venituri in afara pensiei de asigurari sociale.

Data

Semnatura

DECLARATIE

Subsemnatul (a).....domiciliat in.....CNP.....declar

pe proprie raspundere sub sanctiunile prevederilor din Codul Penal referitoare la falsul in declaratiica deficienta organica sau fiziologica nu a aparut in urma unei boli profesionale,a unui accident de munca sau sportiv

Data

Semnatura