

Nr./.....

Vizat,
Director Relatii Contractuale

DOMNULE DIRECTOR GENERAL

Subsemnatul(a) _____, CNP _____
domiciliat in localitatea _____, str. _____
nr. _____ bl. _____, et. _____ ap. _____ telefon _____ posesor al BI/ CI
seria _____ nr. _____, in calitate de beneficiar va rog sa-mi aprobati
.....

(denumire dispozitiv conform recomandarii medicale)

Cunoscand prevederile art.292 din Codul Penal privitoare la declaratiile nesincere date in fata
autoritatilor de stat si publice, declar pe proprie raspundere ca deficienta organica, functionala,
fizica pe care o am nu este consecinta unei boli profesionale, a unui accident de munca , sportiv
sau a unei boli profesionale.

Am beneficiat de dispozitive prin CAS Giurgiu

Nu am mai beneficiat de dispozitive prin CAS Giurgiu

Imputernicesc pentru transmiterea cererii, a actelor anexate si pentru ridicarea aprobarii pe
_____ care se legitimeaza cu BI/CI
_____.

Data _____

Semnatura _____

Viza serviciului medical

Viza compartiment ACEDIDDM

Nume, prenume _dr. Nicoara Monica

Nume, prenume Doaga Liliana

Semnatura _____

Semnatura _____

Prioritate _____

Solicitare acceptata (da/nu) _____

Data _____

Data acceparii _____

Am luat la cunostinta si sunt de accord
ca datele mele cu caracter personal sa
fie prelucrate de C.A.S. Giurgiu

Nume, prenume

Semnatura Data