

CERERE

pentru eliberarea adeverinței de către CASMB cu nr. de zile de CM pentru codul de indemnizație 17

Subsemnatul/a,, CNP,
domiciliat(ă) în str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et., ap., localitatea
....., județul/sectorul, telefon, menționez că am
însoțit la tratamentul/intervenția chirurgicală pacientul cu numele și prenumele
....., CNP,
domiciliat(ă) în str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et., ap., sector/judet,
localitatea, telefon, asigurat la CASMB și având
diagnosticul

Mă angajez să transmit o copie a certificatului de concediu medical la casa de asigurări de
sănătate la care pacientul este luat în evidență, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanță la
adresa de e-mail: adeverintacod17@casmb.ro.

Data

Semnătura persoanei care însoțește pacientul
cu afecțiuni oncologice

.....