

CONSIMȚĂMÂNT PACIENT

Subsemnatul (a) cu domiciliul in
Str. Nr. ... judet / sector
cu CNP asigurat la C.A.S.
aflat in tratament la Spitalul / Clinica / Cabinet
la dr., **sunt de acord** cu initierea / continuarea
tratamentului cu, conform recomandarii medicului curant,
dr.

Data:

Semnatura: