Cerere de eliberare adeverinta cod de parafa medic

CATRE DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA VRANCEA

DOMNULE DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul (a)

Nume_____Initiala tatălui_____

Prenume_____Nume anterior (căsătoriei)_____

CNP_____

Absolvent al _____promoția_____

Medic_____medic specialist_____medic primar_____

În specialitatea _____

confirmat prin ordinul Ministrului Sănătății nr._____ din anul_____

cu domiciliul în localitatea _____str._____

nr.___,bl._____,ap._____,sc._____,jud._____,telefon contact _____,

e-mail_____ ,

încadrat(ă) la : - unitatea sanitară _____

- Cabinet medical _____

- Cod cabinet Registru Unic al Cabinetelor Medicale la DSP VN* _____

Declar pe propria răspundere – că nu am cod de parafă _____

- că am codul de parafă _____

Data

_____

Semnătura solicitant,

_____

** se poate completa si de catre DSP, dar solicitantul trebuie sa verifice daca angajatorul este inscris in registru.*

v.1.0.