

**APROBAT,
ȘEF SECȚIE, DIRECTOR MEDICAL,**

REFERAT MEDICAL

Subsemnatul(a) dr. _____ medic primar/specialist
_____, prin prezenta solicit achiziționarea următoarelor:

pentru pacientul(a) _____ CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
cu domiciliul în _____, str. _____, nr. _____,
județ _____, internat/ă pe secția _____
în data de _____ FOCC nr. _____, diagnostic

Menționez că pacientul(a) este asigurat(a)/neasigurat(a).

Anexez prezentei dovada cu privire la calitatea de asigurat (platforma SIUI).

Data _____

MEDIC PRIMAR/SPECIALIST

(Nume, semnatura și parafa)