

<b>SPITALUL MUNICIPAL ADJUD</b>  	<b>INFORMAREA ȘI COMUNICAREA</b>	<b>PS-18/F15</b>	
		<b>ED.: III</b>	<b>REV.: 1</b>
<b>Pag.:1</b>			
<b>DIRECTOR MEDICAL</b>			

Nr.            din data

**Aprobat  
Manager,  
Dr. Bârgu Ciprian**

**SOLICITARE PRIVIND ELIBERAREA  
DOCUMENTELOR MEDICALE PERSONALE**

**Către,  
Spitalul Municipal Adjud**

Subsemnatul .....domiciliat în ....., având  
 CNP ..... solicit să îmi eliberați, în copie, următoarele documente  
 medicale

.....

.....

.....

.....

.....

Data,

Semnătura,