

AVIZAT,
Medic curant,
Dr.....
Sectia.....

APROBAT,
Manager,
Ec. Mirela Grosu

CERERE
Doamna Manager,

Subsemnatul.....cu domiciliul in
.....identificat cu CI seria.....nr.....
CNP-.....telefon.....
In calitate de pacient al IRO Iasi, internat in **Sectia**.....
In **data/perioada**.....avand medic curant pe dl/d-na
Doctor.....va rog sa-mi
aprobati in baza prevederilor art.12 alin (2), Anexa 23 din Ordinul nr. 377/2016 rambursarea
cheltuielilor efectuate de mine pe perioada spitalizarii cu urmatorul medicament:
.....

Anexez:
- factura fiscal/bonul fiscal nr.....din data de.....
- copia cartii de identitate

Contul bancar.....
Deschis la Banca.....

Data:.....

Pacient,
Nume, Prenume.....

Semnatura.....