

Acceptam decontarea costurilor catre,
Institutul Regional de Oncologie Iasi

Institutia solicitanta
Manager, Director fin. contabil,
L.S. _____

Catre,
Institutul Regional de Oncologie Iasi

SOLICITARE DE EXAMINARE

Numele si prenumele pacientului _____

CNP _____ Sex _____ Data nasterii _____

Nr. F.O. _____

Diagnosticul clinic _____

Examenul solicitat _____

Motivatia examenului _____

Observatii speciale de
examinare _____

Urgenta DA / NU

Examenul este solicitat de:

Spitalul _____

Clinica _____

Medicul (semnatura si parafa) _____

PROGRAMARE

Data _____ Ora _____