

DOMNULE PREȘEDINTE – DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul(a) _____,
cu domiciliul în București, strada _____,
nr. _____, bloc _____, scara _____, etajul _____, apartamentul _____, sector _____, telefon
_____, BI/CI seria _____, nr. _____, CNP _____,

în calitate* de: beneficiar
 părintele copilului minor
 persoană împuternicită
 reprezentantul legal al beneficiarului

Vă solicit să aprobați rambursarea cheltuielilor/emiterea/validarea formularului,
pentru:

Numele și prenumele beneficiarului: _____

Codul numeric personal (CNP): _____

Anexez următoarele documente:

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Data: _____ Semnătura solicitantului: _____

NOTĂ

*În cazul în care beneficiarul se află în imposibilitatea de a depune cererea în nume propriu, solicitantul va depune o copie după actul său de identitate și o procură notarială/delegație reprezentant legal.

Domnului Președinte – Director General al
Casei Județene de Asigurari de Sanatate Suceava