**SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. SPIRIDON IAȘI**
**UNITATE FUNCȚIONALĂ REGIONALĂ DE URGENȚĂ**
Bulevardul Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI
Tel. 0232-240822, fax 0232-211257
www.spitalspiridon.ro , e-mail: office@spitalspiridon.ro
NIVEL DE COMPETENȚĂ IA

**AMBULATORIUL INTEGRAT** Nr...../.....

**DOMNULE DIRECTOR MEDICAL**

**SUBSEMNATUL/A**.....

**Domiciliat în**: jud./ sect. ..... loc. .....

str. ..... nr. .....

COD NUMERIC PERSONAL

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

în vârstă de .... ani; sexul M/F

B.I./C.I. ..... Seria.....Nr.....

**în calitate de ..... solicit eliberarea unui certificat medical necesar pentru .....**

.....

.....

**Reprezentant: Nume ..... Prenume.....**

**B.I./C.I. reprezentant: Seria ..... Nr.....**

**Data** **Semnătura**

**Domnului Director Medical a Spitalului Clinic de Urgență "Sf. Spiridon", Iași**

**SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ SF. SPIRIDON IAȘI**
**UNITATE FUNCȚIONALĂ REGIONALĂ DE URGENȚĂ**
Bulevardul Independenței nr. 1, cod 700111, IAȘI
Tel. 0232-240822, fax 0232-211257
www.spitalspiridon.ro , e-mail: office@spitalspiridon.ro
NIVEL DE COMPETENȚĂ IA

**AMBULATORIUL INTEGRAT** Nr...../.....

**DOMNULE DIRECTOR MEDICAL**

**SUBSEMNATUL/A**.....

**Domiciliat în**: jud./ sect. ..... loc. .....

str. ..... nr. .....

COD NUMERIC PERSONAL

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

în vârstă de .... ani; sexul M/F

B.I./C.I. ..... Seria.....Nr.....

**în calitate de ..... solicit eliberarea unui certificat medical necesar pentru .....**

.....

.....

**Reprezentant:Nume ..... Prenume.....**

**B.I./C.I. reprezentant: Seria ..... Nr.....**

**Data** **Semnătura**

**Domnului Director Medical a Spitalului Clinic de Urgență "Sf. Spiridon", Iași**