

CERERE DE TRANSFER

Subsemnatul (a) _____ domiciliat (ă) în
_____ cod numeric personal
_____, născut (ă) la data de _____ posesor al C.I. seria
____ nr. _____, solicit să mă transfer de la dr. _____
la dr. _____
începând cu data de _____.

Acordul radierii de pe listă

Medic _____

Data _____

Semnătura asiguratului

Acceptarea asiguratului

Medic _____

Data _____

Dr. TESCĂ MARIANA IULIA
Medic Specialist Medicină de Familie
Medicină de Urgență
Cod DȘ 13

CERERE DE TRANSFER

Subsemnatul (a) _____ domiciliat (ă) în
_____ cod numeric personal
_____, născut (ă) la data de _____ posesor al C.I. seria
____ nr. _____, solicit să mă transfer de la dr. _____
la dr. _____
începând cu data de _____.

Acordul radierii de pe listă

Medic _____

Data _____

Semnătura asiguratului

Acceptarea asiguratului

Medic _____

Data _____

Dr. TESCĂ MARIANA IULIA
Medic Specialist Medicină de Familie
Medicină de Urgență
Cod DȘ 27