

Către Direcția de Sănătate Publică Argeș

Cerere eliberare fișă cod parafă medic,

Domnule Director Executiv,

Subsemnatul (a)

Nume.....Inițiala tatălui.....

PrenumeNume anterior (căsătorie).....

CNP _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

absolvent alpromoția.....

medic medic specialist medic primar.....

în specialitatea.....

confirmat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.....din anul

cu domiciliul stabil în localitatea..... str.....

nr....., bl., ap....., sc... telefon contacte-mail.....

încadrat la - unitatea sanitară

- Cabinet medical.....

Menționez cod cabinet Registru Unic al Cabinetelor Medicale _/_/_/_/_/_/_/_/

-că nu am cod de parafă.....

-că am codul de parafă _/_/_/_/_/_/_/_/

Anexez următoarele acte :

- 1.Diploma de absolvire a facultății (de medicină/stomatologie) COPIE,
- 2.Certificatul de membru al Colegiului Medicilor Argeș /de la Colegiul Medicilor Dentiști Argeș- COPIE,
- 3.CONTRACT DE COLABORARE –COPIE (pentru județul Argeș),
- 4.Confirmarea în specialitate prin ordinul Ministerului Sănătății -Certificat medic specialist / primar – COPIE,
- 5.Buletin /carte identitate – COPIE,
- 6.Acte doveditoare ale modificării de nume, *dacă e cazul* certificat de căsătorie/sentiță divorț etc – COPIE.

Codul de parafă se eliberează conform ORDINULUI Nr. 1059 din 20 noiembrie 2003
privind declararea nominală obligatorie și evidența medicilor.

Documentele în copii Xerox se aduc împreună cu ORIGINALELE.

Data

semnătura