

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul (a)..... de cetătenie
.....născut (a) la data decu
domiciliul stabil în localitatea.....
strada.....nr.....bloc.....scara.....etaj.....ap.....
județ.....telefon.....absolvent al (a)
.....promotia.....
cu diploma seria.....nr.....salariat (a) a.....
având specialitatea.....având vechime în munca sanitară
de.....ani șiluni, la data de, vă rog a-mi aproba
eliberarea Autorizației de Liberă Practică Medicală în unitatea sanitară
privată/publică.....

Am luat la cunoștință de obligațiile profesionale ce-mi revin în activitatea ce o voi
desfășura.

Ma oblig ca nu voi efectua alte prestații în afara celor avizate prin O.G. nr.
83/2000 corespunzătoare specialității mele profesionale.

Pentru orice prestații voi solicita un nou aviz.

DATA.....

SEMNATURA