CASA DE ASIGURARI DE SANATATE ILFOV

STRADA AV.POPISTEANU NR.46

SECTOR 1

BUCURESTI

Doamna Director General

Subsemnata(ul).....................................CNP...................................domiciliat(a)...................................................................................................................................legitimata cu CI seria..................nr...................va rog sa binevoiti a-mi aproba eliberarea unei adeverinte cu numarul de zile de concedii medicale.

Adeverinta imi este necesara pentru........................................................................

Va multumesc

 Data Semnatura

 ................................. ...................................

 DOAMNEI DIRECTOR GENERAL A CASEI DE ASIGURARI DE SANATATE ILFOV