

CERERE PENTRU ÎNSCRIERE ÎN AUDIENȚĂ

Către,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ILFOV

Str. Aviator Popișteanu nr. 46, sector 1, București

Subsemnatul (nume și prenume) _____, CNP _____,
domiciliat în localitatea _____, str. _____, nr. ____, bl. ____,
sc. ____, ap. ____, județ _____, tel. _____ prin prezenta solicit primirea în
audiiență la (bifați căsuța corepunzătoare):

Președinte-Director General

Director Executiv Direcția Economică

Director Executiv Direcția Relații Contractuale

Medic Șef

Solicit aceasta întrucât (prezentare pe scurt a motivelor solicitării audienței):

În sprijinul celor menționate mai sus, anexez **în copie** următoarele documente: (dacă este cazul)

Data _____

Semnătura: _____

Spațiu rezervat C.A.S. ILFOV:

Audiiența nr. _____, data _____, ora _____

Rezoluție (după caz)

Semnătura:
