**Denumirea furnizorului................................................................................**

**........................................................................................................................**

**Sediul social/Adresa fiscala........................................................................**

**........................................................................................................................**

**ADEVERINTA**

**Se adevereste prin prezenta ca d-na/d-nul ................................................................................................ avand functia de medic, specialitatea ……………….…………………………………., grad profesional ………………………… este angajatul unitatii in cadrul cabinetului medical scolar / cabinetului medical studentesc / cabinetului de medicina muncii / sectiei / compartimentului ………………………………………………………………… la data prezentei.**

**Precizam ca d-na/d-nul ...................................................................... nu este incadrat pe post de cercetare.**

**Data Reprezentant legal**

**..................... (semnatura ...................................................**