

Domnule Director,

Subsemnatul/a (**părinte, reprezentantul legal, persoană împuternicită, soț, soție, fiu, fiică – care fac dovada în acest sens**).....

..... cu domiciliul în județul Constanța, localitatea
....., str..... nr..... bloc..... scap.....

tel.:....., vă rog să-mi aprobați achiziționarea/confecționarea următoarelor
dispozitive medicale:.....

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

pentru asiguratul

Anexez următoarele acte:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Declar pe propria-mi răspundere că deficiența organică, funcțională sau fizică pentru care cer dispozitivul medical nu a apărut în urma unui accident de muncă, boală profesională sau accident sportiv .

Declar pe propria-mi răspundere că nu am/a beneficiat de acest dispozitiv medical în ultimii ani.

Vă mulțumesc anticipat.

Data: / /

Semnătura,

.....