ANEXA 15

*la norme*

*Unitatea sanitară .....................*

*localitatea .............................., judeţul/sectorul .......................*

***ACORDUL***

***pacientului cu afecţiuni oncologice***

*Subsemnatul/a, ............................................., CNP ........................., domiciliat(ă) în str. .................................... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. ....., sectorul ......, localitatea ............................, judeţul .........................., telefon ......................, diagnosticat cu*

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

*......................................................................,*

*menţionez că persoana care mă însoţeşte la tratamentul/intervenţia chirurgicală*

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

*............................................................... este:*

*- numele şi prenumele .........................., CNP .........................., domiciliat(ă) în str. ................................... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. ......, sectorul ......, localitatea ................................, judeţul .........................., telefon ......................*

*În vederea gestionării numărului de zile de concediu medical pentru îngrijirea pacientului cu afecţiuni oncologice, persoana care mă însoţeşte va transmite o copie a certificatului de concediu medical la casa de asigurări de sănătate la care subsemnatul sunt luat în evidenţă, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanţă.*

*Data .................. Semnătura pacientului cu afecţiuni*

*oncologice*

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

*Semnătura persoanei care însoţeşte*

*pacientul cu afecţiuni oncologice*

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

**#B**

---------------