**CONSIMŢĂMÂNT PACIENT**

Subsemnatul (a) …………………………………. cu domiciliul in ………………………….

Str. ………………………………. Nr. … judet / sector ………………………………….......

cu CNP ………………………………. asigurat la C.A.S. ……………………………………

aflat in tratament la Spitalul / Clinica / Cabinet ………………………………………………

la dr. ……………………………………………..…, **sunt de acord** cu initierea / continuarea

tratamentului cu ………………………………….., conform recomandarii medicului curant,

dr. ………………………………………………….

Data: Semnatura: