

Cerere eliberare *adeverință cod parafă medic*

Către Direcția de Sănătate Publică Hunedoara
Domnule Director Executiv,

Subsemnatul (a)

Nume.....Initiala tatălui.....

PrenumeNume anterior (căsătorie).....

CNP _/~/~/~/~/~/~/~/~/~/~/~/~/~/~/

absolvent alpromotia.....

medic medic specialist medic primar.....

în specialitatea.....

confirmat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.....din anul

cu domiciliu stabil in localitatea.....str.....

nr....., bl., ap....., sc... telefon contacte-mail.....

incadrat la - unitatea sanitara

- Cabinet medical.....

- cod cabinet Registru Unic al Cabinetelor Medicale _/~/~/~/~/~/

Declar pe propria răspundere - că nu am cod de parafă.....

-că am codul de parafă _/~/~/~/~/~/

Data

Semnătura solicitant

.....
Actele se depun la registratura Direcției de Sanatate Publica si se elibereaza in 10 zile lucratoare in cazul in care documentatia depusa este completa.

Telefon de contact 0254-211848.

Anexez urmatoarele acte:

1.Certificat membru + Aviz anual Colegiului Medicilor Hunedoara /de la Colegiul Medicilor Dentisti Hunedoara- ORIGINAL+COPIE

2. Adeverinta loc de munca – ORIGINAL (unitati publice)

3.Confirmarea in specialitate prin ordinul Ministerului Sanatatii -Certificat medic specialist / primar - ORIGINAL+COPIE

4. Buletin /carte identitate – ORIGINAL+COPIE

5.Acte doveditoare ale modificarii de nume, *daca e cazul* certificat de casatorie/sentita divort etc – ORIGINAL+COPIE

6. Contract de muncă/ colaborare - ORIGINAL+COPIE (unitati private)

7. Diploma de licență - ORIGINAL+COPIE

**VERIFICAT: Nume, prenume
Semnătura**

