



**ROMÂNIA**  
**JUDEȚUL IAȘI – CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI**  
**SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ “PROF. DR. N. OBLU”**  
**IAȘI**



Str. Ateneului nr. 2 ; Tel.: +40232- 264 271 ;  
 Fax: +40232-473 676 ; e-mail:  
 neuroiasi@neuroiasi.ro; www.neuroiasi.ro

Acreditare nr. 106/2015



Anexa 3, PO-DM-07- Cerere solicitare comunicare documente medicale către reprezentanți legali

**Domnule Manager,**

Subsemnatul.....în calitate de reprezentant legal  
 ,domiciliat în....., legitimat cu C.I.  
 seria..... nr . .....CNP.....,eliberat de.....  
 ,prin prezenta, vă rog să aprobați eliberarea în copie a următoarelor documente pentru  
 pacientul.....domiciliat în.....  
 ..... legitimat cu C.I.|seria.....  
 nr.....,CNP.....,eliberat de.....

\*Actele cu care fac dovada calității de reprezentant legal:

Solicite copii de pe următoarele documente:

Solicite aceste documente pentru a-mi servi la.....

Mentionez că pacientul a fost internat (ă) în unitatea dumneavoastră în perioada..... în  
 secția.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie furnizate:

- la adresa.....
- personal
- adresa de e – mail .....
- Telefon .....
- Fax .....

Precizez că sunt de acord să plătesc taxele aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate, cât și  
 taxele poștale de expediere.

Data

.....

Vă mulțumesc,

.....  
 (semnătura petentului)

\* Completare obligatorie