Aprobat
Preşedinte – Director general
Dr.George Mirel Cristescu
.....

Vizat
conform listei de priorităţi în luna .....
Serviciul Medical
.....

Domnule Director,

Subsemnatul/a (părinte, reprezentantul legal, persoană împuternicită, soţ, soţie, fiu, fiică – care fac dovada în acest sens)..... cu domiciliul în judeţul Constanţa, localitatea ....., str..... nr..... bloc.....sc .....ap..... tel.:....., vă rog să-mi aprobaţi achiziţionarea/confecţionarea următoarelor dispozitive medicale:.....
.....
.....
.....
.....
pentru asiguratul .....

Anexez următoarele acte:

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

Declar pe propria-mi răspundere că deficienţa organică, funcţională 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 mulţumesc anticipat.

Data: ..... / ..... /

Semnătura,
.....

Domnului Director General al Casei de Asigurări de Sănătate
- Constanţa -