NUME C.M.I. ……………………………………………………………………..

ADRESA C.M.I. ……………………………………………………………………

C.I.F. ……………………………………………………………………………………………….

CONT BANCAR…………………………………………………………………………………

NUME BANCA………………………………………………………………………………….

 Către: DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BUCUREȘTI

 Subsemnata/Subsemnatul ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Reprezentant legal al C.M.I. /S.R.L……………………………………………………………………………………………………………………………………...

solicit cumpararea unui numar de ………………….prescripții medicale T.A.B. II oncologice, a unui numar de ……………………… prescripții medicale T.A.B. III psihotrope.

Data

Parafa /Semnătură