

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 deprescripții medicale T.A.B. II oncologice, a unui numar de
prescripții medicale T.A.B. III psihotrope.

Acte necesare **Certificat de înregistrare a cabinetului / clinicii dat de DSPMB**
 Copie act de identitate a reprezentantului
 Copie contract cu casa de sănătatea Municipiului București
 Declarație de împuternicire dată de reprezentantul cabinetului clinicii

Plata cont RO11TREZ23E660200200109X
Banca A.T.C.P.M.București

Data

Parafa /Semnătură