

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
A JUDEȚULUI TELEORMAN
☎ 0247 311 221; 0247 311 354 FAX; 0247 312 224
Str. Av. Alexandru Colfescu Nr. 79, Cod 140048 , Alexandria
e-mail : secretariat@dsptr.ro

Doamna Director,

Subsemnatul(a) _____ cetățean _____

(numele persoanei care completează cererea)

cu domiciliul în : _____ strada _____ nr _____

județul _____,

(localitatea)

titular al actului de identitate _____ seria _____ nr _____ telefon _____

(buletin sau pașaport)

vă rog să aprobați vizarea unui număr de ___ acte, reprezentând:

1. _____ nr. _____ data _____

2. _____ nr. _____ data _____

3. _____ nr. _____ data _____

4. _____ nr. _____ data _____

(se menționează tipul actului)

aparținând lui _____,

cetățean _____

titular al actului de

identitate _____ seria _____ nr _____

(buletin sau pașaport)

Menționez că aceste acte îmi sunt necesare în

_____ (țara în care urmează să fie folosit actul)

Subsemnatul _____ cu datele de identificare menționate în cerere, cunoscând prevederile Codului Penal privind falsul în declarații, uzul de fals, etc, declar pe propria răspundere că actele a căror vizare, o solicit de către Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București sunt corecte și obținute în mod legal. Îmi asum orice răspundere pentru prezenta declarație

Menționez că: -se vizează numai documentele medicale eliberate de unitățile sanitare din subordinea Ministerului Sănătății, de pe raza municipiului București.

- documentele care se vor viza trebuie să aibă ștampila și numele reprezentantului legal al instituției emitente precum și semnătura și parafa medicului curant.

-Pentru fiecare document care se vizează se achită o taxă de 5 lei în contul bugetului de stat.

Data _____

(primirii actelor)

Semnătura _____

Data _____

(eliberării actelor)

Semnătura _____

(celui care primește actele)

RO05TREZ60620E365000XXXX DESCHIS LA TREZORERIA ALEXANDRIA,

CUI 4567980