|  |
| --- |
| **Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale** |
|  |
|     Către SPITALUL CLINIC C.F. NR.2 BUCURESTI |
|                           |
|     Subsemnatul/a, ......................................................., cod numeric personal ....................................., vă solicit prin prezenta să îmi furnizaţi, în copie, următoarele documente medicale referitoare la starea mea |
| de sănătate şi la actele medicale efectuate: ...................................................................... ...... ............................................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| X ....................................                                         Data ........./................./..................... |
| (semnătura persoanei care a solicitat documentele medicale) |

|  |
| --- |
| **Declaraţie privind comunicarea documentelor medicale personale** |
|  |
|     Subsemnatul/a, ................................................, cod numeric personal .................................., declar că mi-au fost înmânate în urma solicitării mele adresate instituţiei medicale SPITALUL CLINIC C.F. NR.2 , copii ale următoarelor documente: |
|  |
|  |
|     Documente medicale înmânate în copie : |
|     1. |
|     2. |
|     3. |
|  |
| X ....................................                                         Data ................./................./........................ |
| (semnătura persoanei care a primit copii ale documentelor medicale) |