

Nr. \_\_\_\_\_

**CERERE PRIVIND RAMBURASAREA CHELTUIELILOR PRIVIND  
MEDICAMENTELE, DISPOZITIVELE MEDICALE, MATERIALELE  
SANITARE, INVESTIGAȚIILE PARACLINICE SUPTATE PE PERIOADA  
SPITALIZĂRII**

Subsemnatul(a).....  
.....domiciliat(ă) în.....  
str..... nr. .... bloc ..... sc. .... et. .... ap. ....  
jud. .... posesor/posesoare a B.I./C.I. seria ..... nr. ....  
eliberat de către ..... la data de .....,  
având CNP.....,

prin prezenta vă rog să-mi aprobați rambursarea cheltuielilor efectuate cu  
medicamentele /dispozitive medicale/ materialele sanitare/ investigațiile  
paraclinice\_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_, suportate pe perioada  
spitalizării\_\_\_\_\_, în Secția \_\_\_\_\_,  
în sumă de \_\_\_\_\_, potrivit facturii și/sau bonurilor fiscale.

Anexez prezentei următoarele documente obligatorii în vederea decontării  
solicitate :

- Rețeta fără regim special eliberată de către medicul curant și avizată de  
către medicul șef de secție, în copie sau original;
- Factura eliberată de farmacia de unde s-au achiziționat medicamentele,  
materialele sanitare și/sau bonul fiscal în copie sau în original.

**DATA**

**SEMNĂTURĂ**

**NR. TELEFON:**  
**CONT BANCAR:**  
**MAIL:**