

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: