

DECLARATIE

Subsemnatul(a).....cu domiciliul

in.....str.....CNP.....

asigurat C.A.S....., aflat in tratament la Spitalul / Clinica /

Cabinetul..... la Dr.....

sunt de acord cu initierea tratamentului cu.....conform

recomandarii medicului curant Dr.....

Data

Semnatura
