NUME C.M.I. ……………………………………………………………………..

ADRESA C.M.I. ……………………………………………………………………

C.I.F. ……………………………………………………………………………………………….

CONT BANCAR…………………………………………………………………………………

NUME BANCA………………………………………………………………………………….

 Către: DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BUCUREȘTI

 Subsemnata/Subsemnatul ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Reprezentant legal al C.M.I. /S.R.L……………………………………………………………………………………………………………………………………...

solicit cumpararea unui numar de ………………….prescripții medicale T.A.B. II oncologice, a unui numar de ……………………… prescripții medicale T.A.B. III psihotrope.

**Acte necesare Certificat de înregistrare a cabinetului / clinicii dat de DSPMB**

 **Copie act de identitate a reprezentantului**

 **Copie contract cu casa de sănătateal Municipiului București**

 **Declarație de Împuternicire dată de reprezentantul cabinetului clinicii**

**Plata cont RO11TREZ23E660200200109X**

**Banca A.T.C.P.M.București**

Data

Parafa /Semnătură