

## Cerere pentru Eliberarea Carnetelor de Prescripții Medicale T.A.B. II și T.A.B III

Către: DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BUCUREȘTI

Subsemnata/Subsemnatul .....,  
posesor al C.I. seria, nr.....în calitate de reprezentant  
legal al C.M.I./S.R.L. /Spital..... cu sediul  
în.....,  
CUI/CIF..... telefon .....,  
e-mail..... solicit cumpărarea:

unui număr de ..... carnete – prescripții medicale T.A.B. II oncologice  
unui număr de ..... carnete – prescripții medicale T.A.B. III psihotrope

Acte necesare eliberării carnetelor :

- Copie Autorizație Sanitară de Funcționare (A.S.F.)
- Copie act de identitate al reprezentantului legal (sau împuternicitului, după caz)
- Împuternicire dată de reprezentantul legal (al clinicii/spitalului) doar pentru ridicarea carnetelor – în cazul în care carnetele sunt ridicate de altă persoană decât reprezentantul legal.

Plata se poate face direct la CASIERIA D.S.P.B. sau

CONT RO11TREZ23E660200200109X

Banca A.T.C.P.M. București

Data:

Semnătura reprezentant legal