

Nr. reg.: _____

Aprobat,

S-a achitat c/v cu chitanța/factura nr. _____
_____, conform notei de calcul

MANAGER GENERAL,
Dr. Péter Szilárd

CĂTRE,
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN HARGHITA

Subsemnatul/-a _____ domiciliat în _____

_____, nr. telefon de contact

_____, solicit prin prezenta o ambulanță, pentru ziua de _____,

ora _____ în vedere transportului asistat al pacientului (nume, prenume persoană transportată) _____

_____, CNP _____, în vârstă de _____ ani, având

diagnosticul _____ de la (localitatea, instituția și adresa de unde se

ia pacientul) _____

_____ la (localitatea, instituția și adresa unde se va transporta pacientul)

Menționez că am fost informat asupra riscurilor pe care le implică acest transport solicitat de mine și mi le asum.

Datele cu caracter personal sunt protejate în conformitate cu Regulamentul 679/27.04.2016 privind prelucrarea de date cu caracter personal art. 9, lit. h.

Data,

Semnătura,

Solicitarea va fi asigurată de un echipaj tip _____

Director medical/Asistent șef