

Nr. reg.: _____

MODEL,

**aprobat de Comitetul Director
în data de _____**

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 _____
_____, CNP _____
_____, nr. telefon de contact _____, solicit prin prezenta o
ambulanță, pentru ziua de _____, ora _____ în vedere transportului asistat al pacientului
(nume, prenume persoană transportată) _____, în vârstă de _____
ani, având diagnosticul _____ de la (localitatea, instituția și
adresa de unde se ia pacientul) _____
_____ la (localitatea, instituția și adresa de unde se ia
pacientul) _____
_____.

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

Data,

Semnătura,

Solicitarea va fi asigurată de un echipaj tip _____

Director medical/Asistent șef