

## *Domnule Primar,*

### **Subscrisa / Subsemnatul/a**

— **persoana fizică**, numele.....prenumele.....legitimată/cu CI nr.....seria.....eliberată de.....la data de....., domiciliat/ă în.....

— **cabinet individual**.....cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul titular.....;

— **cabinet asociat sau grupat**..... cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin medicul delegat.....;

— **societate civilă medicală** ..... cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentată prin administratorul.....;

— **unitate medico-sanitară cu personalitate juridică**, înființată potrivit Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare,..... reprezentată prin.....;

— **cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie**..... cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin....., având sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna.....str.....nr.....bl.....sc.....et.....ap.....județul/sectorul.....și sediul punctului secundar de lucru în localitatea.....str.....;

solicit prin prezenta acordul dvs. pentru a lucra în Centrul de Vaccinare – ..... din strada .....nr. ...., sector ....., București, în calitate de **medic / asistent / registru**, conform normelor și prevederilor legale aplicabile.

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

.....  
.....  
.....

Data

Numele/Denumirea  
Semnătura

*Domnului Primar Robert Sorin Negoită în calitate de reprezentant legal al Sectorului 3 al Municipiului București*