***Domnule Primar,***

**Subscrisa / Subsemnatul/a**

* **persoana fizică**, numele……...………..…..prenumele……………………………legitimat/ă 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,** înfiinţată potrivit Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare,……………………………………… reprezentată prin………………………………………………………………………………………….….;
* **cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie**………………………………………………………. cu sau fără punct secundar de lucru, reprezentat prin…………………………………………., având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna…………..…………………………….str……..………………………..……………….nr………..bl…………sc……….et……..ap……….judeţul/sectorul……………………….şi 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 / registrator**, conform normelor și prevederilor legale aplicabile.

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

Data Numele/Denumirea   
Semnătura

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