

Domnule Primar,

Subscrisa / Subsemnatul/a

— **persoana fizică**, numele.....prenumele.....legitimată/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**, 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 stradanr., sector, București,
în calitate de **medic / asistent / registruator**, 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*