



Serviciul de Ambulanță
Județean Constanța
Stația

Formular pentru avizarea defecțiunilor

Nr. ambulanță:.....

Data și ora apariției defecțiunii:

Defecțiune apărută:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Întocmit,

Nume și prenume:

Semnătura:.....

Compartimentul.....

Persoana avizată:

Semnătura de primire:.....