

## Domnule Președinte – Director General,

---

Subsemnatul(a), \_\_\_\_\_, solicit transportul cu ambulanta tip C / B / A pentru pacientul \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_ domiciliat in localitatea \_\_\_\_\_ strada \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, apt. \_\_\_\_\_, interfon \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_, asigurat la CJAS Constan a (salariat, pensionar, coasigurat, copil/elev, etc.) avand diagnosticul \_\_\_\_\_

pentru control de specialitate/ internare in data de \_\_\_\_\_ la Spitalul \_\_\_\_\_ din localitatea \_\_\_\_\_.

Mentionez urmatoarele:

- Pacientul nu este transportabil cu mijloace conventionale;
  - Este necesar transportul cu targa / scaun / targa rigida / saltea vacuum;
  - Este necesar insotitor medical.
  - Am fost informat i îmi asum riscurile i consecințele care decurg din transportul pacientului.
  - Ambulanta sa fie prezenta la domiciliul pacientului in data de: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, ora \_\_\_\_\_.
- Telefon de contact: \_\_\_\_\_

Data

Semnatura

DOMNULUI PRE ȘEDINTE – DIRECTOR GENERAL al CJAS CONSTANTA