

C.A.A. - Filiala București
Str. Dr. Râureanu nr. 3-5, et. 1, sector 5
Tel: 313.16.12, Fax:313.16.12
Email:filbuccaa@b.astral.ro
www.filbuc-caa.ro

Rezoluție:Se aprobă/ Se respinge

Data:_____

**CERERE PRIVIND SOLICITAREA
DE AJUTOARE PENTRU PROCURAREA DE PROTEZE ȘI MATERIALE MEDICO-
SANITARE.**

pe luna_____

I. Date privind solicitantul.

Numele si prenumele:_____

C.N.P. _____ legitimație _____

Domiciliat în localitatea _____ strada _____

Nr. _____ bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____ sector _____ Telefon _____

II. Motivele pentru care solicit ajutorul sunt următoarele:¹

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

III. Declar pe proprie răspundere că în luna pentru care solicit ajutorul nu/am avut încasări.

- din onorarii profesie - lei.

- din onorarii oficiu - lei.

IV. Declar pe propria răspundere că nu mi-a fost rambursată nici o sumă referitor la actele pe care le depun în anexă, din sistemul de asigurări sociale de sănătate.

V. Documente anexate:²

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

Semnătura solicitantului

Referat:³

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

Contabil șef,

Data:

Semnătura.

¹ Se descriu motivele. În situația în care rândurile de pe tipizat nu sunt suficiente se va continua descrierea pe verso sau în pag.anexă.

² Se menționează și se atașează documente justificative care atestă diagnosticul medical, necesitatea procurării unor materiale medico-sanitare precum și actele financiar-contabile privind procurarea acestora.

³ Se completează de personalul de specialitate al Filialei.