


BIROUL CONTRACTARE SI VALIDARE DISPOZITIVE MEDICALE

Nr. _____ / _____

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul/a _____

cu domiciliul in _____, str. _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, sector/judet _____,
nr. telefon fix _____ /mobil _____, avand locul de
munca la /nr. talon pensie _____ si CNP _____, va
rog sa-mi aprobatii procurarea unui dispozitiv medical conform prevederilor legale in
vigoare.

Conform consultului medical de specialitate am diagnosticul _____
_____ pentru care mi-a fost recomandat
urmatorul dispozitiv medical _____.

Am luat la cunostinta de preturile practicate de furnizori si de preturile de
referinta si sunt de acord sa platesc diferenta de pret dintre pretul de vanzare al
dispozitivului ales si pretul de referinta stabilit prin ordinul presedintelui CNAS.

Anexez:

- Recomandarea medicala in original (insotita de audiograma tonala si vocala sau biometrie, daca este cazul);
- Actul doveditor al calitatii de asigurat, copie;
- Adeverinta de la locul de munca / talon de pensie, in original, recent;
- Act de identitate- copie. (parinte si copil - daca este cazul)
- Copie certificat handicap, daca este cazul;

Declar pe propria raspundere ca traumatismul/ afectiunea nu este urmare
unui accident de munca, boala profesionala sau accident sportiv.

Data,

Semnatura,
