

CERERE PENTRU OBTINEREA VIZEI MEDICALE Nr. 2
PROIECT „SĂNĂTATE PRIN SPORT”

Subsemnatul/Subsemnata _____, domiciliat/ă în Municipiul București,
str. _____, nr. _____, bl. _____ sc _____, ap _____, sector _____, telefon
_____, e-mail _____, identificat/ă cu BI/C.I. seria _____,
nr _____, cod numeric personal _____, eliberat de _____, la data
de _____, în calitate de reprezentant legal al sportivului _____
C.N.P. _____, beneficiar cu dosar aprobat și cu prima viză medicală obținută, solicit
acordarea celei de a doua viză medicală, în cadrul proiectului „**SĂNĂTATE PRIN SPORT**”.

- ***Sunt de acord să primesc pe adresa de email informații despre campaniile și proiectele desfășurate de
Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București***
- ***In cazul in care documentele de identitate au suferit modificări , vă solicităm depunerea acestora.***

Data completării: _____

Nume, prenume în clar și semnătura reprezentantului legal:
