

MINISTERUL AFACERILOR INTERNE  
DIRECȚIA MEDICALĂ  
CENTRUL MEDICAL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AMBULATORIU ORADEA  
CENTRUL MEDICAL JUDEȚEAN \_\_\_\_\_

NESECRET  
Exemplar unic  
Nr.  
Data.

**APROB**  
Director C.M.D.T.A. Oradea  
Comisar șef de poliție medic  
  
Dr. Cordoș Mircea Decebal

**CĂTRE,  
CONDUCEREA C.M.D.T.A. ORADEA**

Subsemnata/ul ..... cu CNP ....., având domiciliul în ....., str. .... nr....., jud. ...., angajat/ă a instituției ....., în funcția de....., aflat pe lista medicului de familie....., **din cadrul/ din afara rețelei medicale M.A.I** vă rog să-mi restituiți suma de ....., reprezentând contravaloarea serviciilor medicale achitate din fonduri proprii la .....

Anexez următoarele documente justificative:

- Factura nr. ....;
- BF/chitanta nr. ....;
- Rețete, scrisoare medicală;
- Extras de cont;
- Copie CI.
- **Alte documente considerate necesare.**

Solicit virarea sumei în contul bancar nr. ....  
Telefon: .....

Localitatea .....

Semnătura

Data .....

.....