

**APROB**

Director C.M.D.T.A. Oradea  
Comisar șef de poliție medic

Dr. Cordoș Mircea Decebal

**CENTRUL MEDICAL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AMBULATORIU ORADEA**

Subsemnata/ul ..... cu CNP ....., având domiciliul în ....., str. .... nr....., jud. ...., angajat/ă a instituției ....., aflat pe lista medicului de familie....., **din cadrul/din afara rețelei medicale M.A.I** vă rog să-mi restituiți suma de ....., reprezentând contravaloarea contribuției personale (coplata) din pachetul de servicii medicale de bază pentru medicină dentară achitată din fonduri proprii la .....

Anexez următoarele documente justificative:

- Factura nr. ....;
- BF nr. ....;
- Chitanța nr.....;
- Extras de cont;
- Copie CI.
- Adeverința de la locul de muncă al cadrului M.A.I. din care să rezulte calitatea de angajat M.A.I.
- Dovada că medicul stomatolog are contract cu Casa de asigurări de sănătate
- Scrisoare medicală întocmită de medicul stomatolog
- Alte documente considerate necesare.

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

Telefon:

Localitatea .....

Semnătura

Data .....

.....