

CERERE DE ADMITERE

Nr.....

Domnule director,

Subsemnatul(a)..... domiciliat(ă) în
Str.....nr.....bl.....sc.....ap.....Sector2,
tel....., persoană încadrată în grad de handicap, vă rog a-mi aproba efectuarea
tratamentului de recuperare medicală (fizioterapie, kinetoterapie și masaj) în Centrul de Servicii
de Recuperare Neuromotorie de Tip Ambulatoriu din cadrul D.G.A.S.P.C. Sector 2.

Data,

Semnătura beneficiar/ reprezentant legal