CONSILIUL LOCAL SECTOR 2

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI PROTECȚIA COPILULUI SECTOR 2

CENTRUL DE SERVICII DE RECUPERARE NEUROMOTORIE DE TIP AMBULATORIU

Șoseaua Pantelimon nr.301 Tel: +(40770)800.197

Nr:.....

Domnule director,

Subsemnatul (a) …….....……..CNP:.....

domiciliat (a) în Str…….....…….....nr.....bl……sc….. et.....ap…….

Sector 2, tel…….....……, persoană încadrată în grad de handicap, vă rog a-mi aproba efectuarea tratamentului de recuperare medicală (fizioterapie, kinetoterapie sau 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,

....