****

  

 **MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**

 **Serviciul deAmbulanță JudețeanIași**

**Tel. Urgență 112; Bulevardul Primăverii nr. 74; Tel.: 0232/208100; Fax: 0232/239260; E-mail:****office@ambulantaiasi.ro****; CF 7604489; IAȘI**

GDPR implementat prin responsabil DPO, înregistrat la ANSPDCP în Registrul General sub nr. 6207/04.2022

 Doamna manager general,

 Subsemnatul/a……………………………………….., va rog sa imi aprobati transportul pacientului/ei………………………………………………………….in varsta de……. ani cu o autosanitara de la domiciliu din …………………str…………………………………...................nr……..,bl…….,sc……la spitalul……………..………………………………………………….in ziua de ……………………….ora........ …...cu avizul medicului……………………………., numar de tel medic………………

 Mentionez ca pacientul /a este in evidenta cu diagnosticul……………………………………………………………….. si nu este deplasabil/a.

 Numar de contact al apartinatorului este……………………………

Atasez urmatoarele documente:

1……………………………………..

2……………………………………..

3……………………………………..

Va multumesc!

 Data Semnatura

Doamnei manager general al Serviciului de Ambulanta Judetean Iasi