

UNITATEA DE ASISTENTA MEDICO SOCIALA SAVIRSIN
STR.ALBA IULIA,NR.432A
LOC.SAVIRSIN,JUD.ARAD
CUI 15809140
TEL/FAX 0257557390

Angajament Plat Servicii Medico-Sociale

Subsemnatul/a, domiciliat/ în,
identificat cu BI/CI seria nr....., eliberat de SPCLEP, la data
de având CNP M angajez s pl tesc
contravaloarea serviciilor medico-sociale conform reglement rilor legale in vigoare.

Menționez c suma stabilita la internare conform reglementarilor legale a fost de
.....lei/ zi de spitalizare.

Beneficiar

Director