

Declarație privind comunicarea documentelor medicale personale

Subsemnatul,....., cod numeric personal, declar că mi-au fost înmânate în urma solicitării mele adresate instituției medicale SPITALUL ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU” LUDUȘ, copii ale următoarelor documente:

Documente medicale înmânate în copie:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
X	Data:/...../.....
(semnătura persoanei care a primit copii ale documentelor medicale)	