



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

SANATORIUL BALNEAR ȘI DE RECUPERARE TECHIRGHIOI

Bd. Dr. Victor Climescu, nr 34-40; Tel: 0241 481 711; Fax: 0241 735 705; Web: www.sbtghiol.ro; e-mail: sbtghiol@sbtghiol.ro

Nr. Înregistrare:/.....

CERERE DE PRIMIRE ÎN AUDIENȚĂ

Subsemnatul/Subsemnata _____ cu domiciliul în, _____ .str _____ ,nr _____ bl _____ ,sc. _____ ,ap. _____ , județul _____ ,solicit acordarea unei audiențe la Sanatoriul Balnear și de Recuperare Techirghiol. Motivele acordării acesteia sunt următoarele*:

.....

În sprijinul celor afirmate depun, în copie, următoarele acte:

.....

Față de cele de mai sus, vă rog să-mi aprobați acordarea unei audiențe:

- o Manager;
- o Director Medical;
- o Director de Îngrijiri;
- o Director Financiar-Contabil;



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SANATORIUL BALNEAR ȘI DE RECUPERARE TECHIRGHIOI

Bd. Dr. Victor Climescu, nr 34-40; Tel: 0241 481 711; Fax: 0241 735 705; Web: www.sbtghiol.ro; e-mail: sbtghiol@sbtghiol.ro

Doresc să fiu informat cu privire la aprobarea cererii mele pe următoarele coordonate de contact:

.....
.....
.....
.....

Cererea este depusă personal/prin reprezentant

.....
.....

(se vor menționa datele de identificare ale acestuia)

Data și Semnătura

INFORMAȚII:

Datele personale completate în acest formular vor fi folosite strict în scopul identificării și înregistrării dumneavoastră în baza de date pentru soluționarea cererii de primire în audiență.

Necompletarea datelor în conformitate cu datele din BI/CI/Pașaport atrage după sine suspendarea programării dumneavoastră în audiență;

Informarea cu privire la acordarea audienței și data programată se realizează de către Secretariatul Sanatoriului Balnear și de Recuperare Techirghiol.

Datele marcate cu * sunt obligatorii pentru acordarea audienței.