R O M Â N I A
MINISTERUL SĂNĂTĂŢII
DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEŢULUI BRAŞOV
Braşov, B-dul. Mihail Kogălniceanu, nr. 11
Tel: 0268-547972; Fax: 0268-547973
Număr operator date : 36610
E-mail: dspj.brasov@rdslink.ro, dspbrasov@yahoo.com; http://www.dspbv.ro

CĂTRE,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI BRAȘOV

Subsemnatul/ Subsemnata _____
vă rog să binevoiți a mă înregistra în Registrul Județean al Medicilor și să îmi eliberați o adeverință de confirmare a emiterii codului de parafă.

Nume anterior căsătorie/ divorț	
Inițiala tatălui	
CNP	
Facultatea absolvită	MG STOM
Anul absolvirii/ licenței	
Locul absolvirii facultății	
Ordin confirmare rezidențiat/ specialitate/ primariat	Nr. Data
Specialitatea medicală/ grad profesional	
Loc de muncă (denumire unitate, adresa)	
Cod unitate	
Adeverință salariat	Nr. Data
Declar pe propria răspundere că am pierdut/ mi-a fost furată parafa _____ și anexez anunțul publicat în	Numele publicației Data
Cod parafă atribuit de DSP Brașov	

Declar pe propria răspundere că nu am primit până în prezent cod de parafă (inclusiv de la altă Direcție de Sănătate Publică).

Data
_____

Semnătura
_____
Telefon
_____