

Nr. înregistrare:

Stimate Domnule Manager,

Subsemnata/Subsemnatul* _____ domiciliată/domiciliate în
localitatea* _____, adresa completă _____
număr telefon* _____ beneficiar al serviciilor medicale prestate de
Spitalul Municipal Orășenesc Baia de Aramă, secția _____ Ambulatoriul
de Specialitate _____ în perioada _____

Prin prezenta vă informez de următoarele*:

Rog, ca rezultatul reclamației să-mi fie transmis prin* :

- poștă, pe adresa de domiciliu _____
- poștă electronică, pe adresa de e-mail:

- o ridicare personală de la secretariatul instituției.

Semnătura* _____

Data* : _____

*!! Secțiunile marcate cu * vor fi completate OBLIGATORIU*



Str. I. Predescu, nr.12
e-mail: spitalulbaiadearama@gmail.com
Tel/Fax: 0252.381.594

