

Către Agenția pentru Plăți și Inspectie Socială a

..... (Judetului/ Municipiului Bucuresti)

Stimate Domnule/Doamnă Director Executiv,

Subsemnata/subsemnatul.

[illegible]

în calitate de însoțitor al rănitului

Numele					
Prenumele					
Cod numeric personal					
Act de identitate/doveditor (copie atașată)*			Seria		Nr.
Eliberat de			La data de		
*CN - Certificat de naștere	BI - buletin de identitate	Cİ - carte de identitate	(z z)	(l l)	(a a a a)
CIP - carte de identitate provizorie		P - pașaport			
Cu domiciliul în:		Strada			
Nr.		Bl.		Sc.	
				Et.	
		Apart.		Sector	
Localitatea					
Județ		Tel./Mobil			

solicit acordarea ajutorului de urgență suplimentar

Mentionez că rănitul a fost internat la furnizorul de servicii medicale

din oraşul Tara

în perioada și de unde s-a externat în data

Si va urma un tratament ambulatoriu la furnizorul de servicii medicale

din oraşul Tara

începând cu data de

Plata se va face în:

☐	<u>Numerar</u>	
☐	<u>Cont bancar</u>	Nume titular cont _____
	Număr cont bancar	_____
	Deschis la banca	_____

Declar pe propria răspundere că însoțesc rănitul la tratament și am luat la cunoștință faptul că, în situația în care perioada de tratament în ambulatoriu este mai mică decât cea pentru care s-a efectuat plata ajutorului, trebuie să returnez sumele acordate peste sumele aferente perioadei efective de tratament.

Data.....

Semnătura.....

*) Anexa este reprodusă în facsimil.