

Denumirea unității _____

Adresa _____

CUI _____

Cod înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor _____

A D E V E R I N Ț A

Nr. _____ data ____ / ____ / _____

Se adeverește prin prezenta că doamna / domnul _____
medic primar/ medic specialist/ medic/ medic stomatolog în specialitatea _____
este încadrat/ă în unitatea noastră în funcția de _____
de la data de _____ (zi, lună, an) până la data de _____ (zi, lună, an), cu contract
de muncă pe perioada nederminată/ determinată/ prestări servicii/ colaborare nr. _____ din data
_____ (nr.ore...../zi/săptămână/lună).

Prezenta adeverință servește la Direcția de Sănătate Publică pentru obținerea codului de
parafă.

**Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverință
sunt corecte și complete.**

Funcția,
nume prenume persoană abilitată,

semnătură, ștampila unității