

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/medic dentist/ specialist / primar 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 nr...../ determinată nr...../ colaborare
nr.....

Prezenta adeverință servește la Directia 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

Completați toate câmpurile adeverinței, cu majuscule.