

CERERE DE RAMBURSARE CHELTUIELI MEDICALE

Subsemnatul(a) : _____

CNP : _____

Domiciliat(ă) în : _____

Telefon : _____

Solicit rambursarea cheltuielilor medicale în valoare de :

Suma (lei) : _____

Descrierea serviciilor medicale și a medicamentelor :

.....
.....
.....
.....
.....

Anexez următoarele documente justificative (bifați cu X):

☐ Copie după facturi fiscale pentru servicii medicale și/sau medicamente

☐ Copie după rețetă medicală

☐ Copie după bilet de internare și externare (dacă este cazul)

☐ Alte documente justificative: _____

Data depunerii cererii : _____

Semnătura solicitantului : _____

PRIMIT DE

VERIFICAT DE

APROBAT DE

Nume și prenume: _____ Nume și prenume: _____ Nume și prenume: _____

Semnătură: _____ Semnătură: _____ Semnătură: _____

Data: _____

Data: _____

Data: _____

Sursa originala a acestui document:

<https://cerere-rapida.com/model-cerere-rambursare-cheltuieli-medicale/>

Acest model ti-a fost de ajutor?

Descopera si alte modele actualizate pe site-ul nostru:

<https://cerere-rapida.com>

Mai multe modele

Acest model este destinat exclusiv utilizarii personale, necomerciale.
Orice distribuire sau publicare trebuie sa mentioneze sursa.

Acest model are scop strict informativ si nu constituie consultanta juridica.
Pentru situatii specifice, se recomanda consultarea unui specialist calificat.