



**MINISTERUL SANATATII
DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A MUNICIPIULUI BUCURESTI**



Adresa: str. Avrig nr.72-74, sector 2, Bucuresti – Romania
Cont: RO70TREZ70023660120XXXXX – D.T.C.P.M.B.
Tel: 021.252.79.78; 021.252.32.16/ Fax: 021.252.55.20
Site: www.dspb.ro/ e-mail: dspb@dspb.ro

SERVICIUL ASISTENTA MEDICALA SI PROGRAME DE SANATATE
Tel/Fax: 021.252.60.61/ e-mail:programe@dspb.ro

Model de cerere solicitata de medici pentru intrare in programul PNS VI

Se aproba,
DA/NU
DIRECTOR EXECUTIV

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnat(-ul/-a), de profesie....., care activez in cadrul unitatii sanitare....., va rog sa-mi aprobati inscrierea in Programul national de sanatate a femeii si copilului PNS VI, pe urmatorul subprogram(se va bifa casuta din dreptul subprogramului solicitat):

1.2 Profilaxia anemiei feriprive la gravida (preparate de fier distribuite la gravida) ;

1.5 Profilaxia anemiei feriprive la sugar (preparate de fier distribuite la sugar) ;

1.6 Profilaxia rahitismului carential la copil (preparate de vitamina D la nou-nascuti) ;

3.1 Cresterea accesului la servicii moderne de planificare familiala(contraceptive) .

In vederea comunicarii unui raspuns care presupune incheierea unui contract intre unitatea la care sunteti angajat(-a) si DSPMB, va rugam sa completati urmatoarele date de contact:

Nume si prenume solicitant:.....
CNP.....,telefon mobil.....,fix....., adresa de e-mail....., avand calitatea de, angajat la unitatea sanitara.....,cu sediul in, strada.....,nr., bl.....Sc.....Ap....., telefon.....; cabinet medical aflat in contract cu CASMB nr.din data de....., valabil pana la data de....., reprezentat prin, in calitate de.....

Data.....

Semnatura.....

Parafa/Stampila

Domnului Director Executiv al DSPMB



MINISTERUL SANATATII
DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A MUNICIPIULUI BUCURESTI



Adresa: str. Avrig nr.72-74, sector 2, Bucuresti – Romania
Cont: RO70TREZ70023660120XXXXX – D.T.C.P.M.B.
Tel: 021.252.79.78; 021.252.32.16/ Fax: 021.252.55.20
Site: www.dspb.ro/ e-mail: dspb@dspb.ro

SERVICIUL ASISTENTA MEDICALA SI PROGRAME DE SANATATE
Tel/Fax: 021.252.60.61/ e-mail: programe@dspb.ro

Model de cerere solicitata **unitate sanitara** pentru intrare in programul PNS VI

Se aproba,
DA/NU
DIRECTOR EXECUTIV

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnat(-ul/-a), de profesie....., avand functia, in calitate de..... care activez in cadrul (unitatea sanitara)....., va rog sa-mi aprobati inscrierea in Programul national de sanatate a femeii si copilului PNS VI, pe urmatorul subprogram(se va bifa casuta din dreptul subprogramului solicitat):

1.2 Profilaxia anemiei feriprive la gravida (preparate de fier distribuite la gravida) ;

1.5 Profilaxia anemiei feriprive la sugar (preparate de fier distribuite la sugar) ;

1.6 Profilaxia rahitismului carential la copil (preparate de vitamina D la nou-nascuti) ;

3.1 Cresterea accesului la servicii moderne de planificare familiala(contraceptive) .

In vederea comunicarii unui raspuns care presupune incheierea unui contract intre unitatea la care sunteti angajat(-a) si DSPMB va rugam sa completati urmatoarele **date de contact**:

Nume si prenume solicitant:.....
CNP.....,telefon mobil.....,fix....., adresa de e-mail....., avand calitatea de, angajat la unitatea sanitara.....,cu sediul insector....., strada.....,nr., telefon.....; avand actul de infiintare /organizare nr., Autorizatia sanitara de functionare nr., Dovada de evaluare nr....., codul fiscal..... si contul nr., deschis la

Datele de contact in cazul unitatilor sanitare se vor completa de catre coordonatorul de program(solicitantul) cu avizul Managerului si a Directorului Economic.

De acord,
MANAGER

De acord ,
Director Economic

Data.....

Semnatura solicitant.....

Parafa/Stampila

Domnului Director Executiv al DSPMB