

Către,

CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII

D Ā M B O V I Ţ A

Subsemnatul/a

domiciliat în localitatea

strada: , nr.:

bl.: , sc.: , ap.: , județul (sector): D Ā m b o v i ŷ a

posesor act de identitate  seria:  nr.:

CNP

solicit un bilet de tratament în perioada: De la:  zi  luna  an  -  zi  luna  an  Până la

într-una din stațiunile: 1.

2.

3.

împreună cu:

DI./Dna.

CNP  în calitate de:

DI./Dna.

CNP  în calitate de:

DI./Dna.

CNP  în calitate de:

Solicit eliberarea unui bilet de tratament:

- Doar gratuit;
- Gratuit, în limita locurilor disponibile, sau cu suportarea unei contribuții;
- Cu suportarea unei contribuții.

Solicit ca rezultatul solicitării să-mi fie comunicat:

Prin Fax  Prin SMS  Telefonic la numărul:

Prin mail al adresa:

Prin poștă la adresa de domiciliu

Prin poștă la adresa de mai jos:

Localitatea

Strada: , nr.:

bl.: , sc.: , ap.: , județul (sector):

Am luat la cunoștință că primesc răspuns numai în cazul în care solicitarea mea este soluționată favorabil și că am obligația să mă prezint la casa teritorială de pensii la data și cu actele comunicate.

Data:

Semnătura,