

CATRE,

CONDUCEREA DSP SALAJ

Subsemnata _____, medic primar/specialist _____,
specialitatea _____, incadrat la unitatea _____
_____, din Localitate _____, str. _____, nr _____,
jud. _____, cod parafa _____.

Rog sa-mi aprobatii mentinerea in activitatea medicala dupa varsta de pensionare.

Data

Semnatura