



Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

Strada Sf. Ecaterina, Nr. 3
Sector 4, București
Tel: 021 310 10 59
Fax: 021 310 10 69
Email: contact@assmb.ro
www.assmb.ro



ANEXA 1

Cerere de includere in proiectul “DOCTORI PENTRU BUCUREȘTI”

Subsemnatul /Subsemnata _____
CNP _____, CI serie _____ nr _____, eliberat la data de _____
Medic specialist/primar , specialitatea _____
Angajat la Spitalul _____
Domiciliul stabil _____
Reședința (daca este cazul) _____
Valabilitate de la _____ pana la _____ .

Solicit includerea în „**PROIECTUL „DOCTORI PENTRU BUCUREȘTI”**”, desfășurat conform **REGULAMENTULUI** privind acordarea unui sprijin financiar pentru dezvoltarea profesională a 100 medici din București, angajați ai spitalelor din administrarea A.S.S.M.B.

Mentionez ca la inregistrarea in aplicatia online am primit numarul

Anexez la acesta cerere documentele solicitate.

Datele mele de contact sunt:

Adresa de corespondenta _____

Adresa de email _____

Telefon: _____

Semnatura solicitant

Data: ____/____/____

- *Sunt de acord sa primesc pe adresa de email informatii despre campaniile și proiectele desfășurate de Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București.*