

Denumirea unității \_\_\_\_\_

Anexa nr. 10.4

Adresa \_\_\_\_\_

CUI \_\_\_\_\_

Cod înregistrare în

Registrul Unic al Cabinetelor

\_\_\_\_\_

### A D E V E R I N Ț A

Nr. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Se adeverește prin prezenta că doamna / domnul \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ medic/medic dentist/ specialist / primar în

specialitatea \_\_\_\_\_

este încadrat / ă în unitatea noastră în funcția de \_\_\_\_\_

de la data de \_\_\_\_\_ (zi, lună, an) până la data de \_\_\_\_\_ (zi, lună, an),

cu contract de muncă pe perioada nederminată nr...../ determinată nr...../ colaborare nr.....

Prezenta adeverință servește la Direcția de Sănătate Publică pentru obținerea codului de parafă.

**Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverință sunt corecte si complete.**

Funcția,

nume prenume persoană abilitată,

semnătură, ștampila unității