**CERERE**

pentru eliberarea adeverinței de către CASMB cu nr. de zile de CM pentru codul de indemnizație 17

Subsemnatul/a, .........................................................., CNP ................................................., domiciliat(ă) în str. .................................... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. ....., localitatea ............................, judeţul/sectorul .........................., telefon ................................., menţionez că am însoţit la tratamentul/intervenţia chirurgicală pacientul cu numele şi prenumele ......................................................................................, CNP …………................................................., domiciliat(ă) în str. ................................... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. ....., sector/judet …......., localitatea ................................, telefon ........................................, asigurat la CASMB și având diagnosticul .............................................................................................................................................,

 Mă angajez să transmit o copie a certificatului de concediu medical la casa de asigurări de sănătate la care pacientul este luat în evidenţă, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanţă la adresa de e-mail: adeverintacod17@casmb.ro.

.

Data .................. Semnătura persoanei care însoţeşte pacientul

 cu afecţiuni oncologice

 ………………………. ..................................