***Cerere tip solicitare ambulanță*** Aprobat

Nr. ……………../data……………. Manager general

dr. Crișan Florin Gabriel

**CĂTRE,**

**SERVICIUL DE AMBULANŢĂ JUDEŢEAN TIMIȘ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(denumirea entităţii solicitante),*

cu sediul în *(adresa entităţii solicitante)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

reprezentat prin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

în calitate de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. telefon de contact \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail de contact

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cod fiscal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cont bancar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**SOLICITĂM** acordareaasistenţei medicale prin punerea la dispoziție a unui echipaj medical cu autosanitară la *(denumirea evenimentului organizat)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ce se va desfăşura în *(localitatea şi locul desfăşurării evenimentului organizat)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ după următorul program:

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în interval orar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în interval orar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în interval orar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

În vederea asigurării asistenței medicale, solicităm următoarele tipuri de echipaje medicale:

⃝ echipaj tip C2/B1 cu medic şi asistent medical nr. echipaje solicitate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ echipaj tip B2 cu asistent medical nr. echipaje solicitate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Am luat la cunoştinţă de faptul că responsabilitatea faţă de solicitarea echipajelor adecvate pentru a asigura asistenţa medicală corespunzătoare şi modul de organizare a asistenţei medicale la faţa locului le revin organizatorilor în exclusivitate. Mă oblig să contactez instituția cu 48-72 ore anterior începerii evenimentului, în vederea unei ultime verificări cu privire la solicitare.*

*Am luat la cunoștință obligația de a achita contravaloare facturii fiscale pentru serviciile medicale solicitate, în termen de 5(cinci) zile de la emitere, dar nu mai târziu de data evenimentului organizat.*

Data........................ Nume si prenume reprezentant