

Către Agenția pentru plăți și inspecție socială a jud./sect. Mun. București

.....
Stimate Domnule Director Executiv,

Subsemnata/subsemnatul,

Numele			
Prenumele			
Cod numeric personal			
Act de identitate/doveditor (copie atașată)*		Seria	Nr.
Eliberat de		La data de	
CN - Certificat de naștere	BI - buletin de identitate	CI - carte de identitate	(z z) (l l) (a a a a)
CIP - carte de identitate provizorie	P - pașaport		
Cu domiciliul în:	Strada		
Nr.	Bl.	Sc.	Et.
			Apart.
			Sector
Localitatea			
Județ			
Telefon		Mobil	
E-mail			

în calitate de însoțitor al rănitului

Numele			
Prenumele			
Cod numeric personal			
Act de identitate/doveditor (copie atașată)*		Seria	Nr.
Eliberat de		La data de	
CN - Certificat de naștere	BI - buletin de identitate	CI - carte de identitate	(z z) (l l) (a a a a)
CIP - carte de identitate provizorie	P - pașaport		
Cu domiciliul în:	Strada		
Nr.	Bl.	Sc.	Et.
			Apart.
			Sector
Localitatea			
Județ			

solicit acordarea ajutorului de urgență pentru însoțire la tratament în străinătate

pentru însoțire la tratament în țară

Rog ca plata să se facă în:

<input type="checkbox"/> Numerar	
<input type="checkbox"/> Cont bancar	Nume titular cont
	Număr cont bancar
	Deschis la banca

Atașez copie după C.I. și copia actului pe baza căruia s-a aprobat tratamentul în străinătate/țară

Data.....

Semnătura.....