

**Domnule Președinte,**

**Subsemnatul(a) .....,**  
**domiciliat(ă) în localitatea ....., str. ....**  
**nr. ....,bl. ....sc. ...., ap. ...., sector / județ .....,**  
**C.N.P. ...., având ocupația de ....**  
**angajat(ă) la ..... nr. telefon**  
**mobil..... /fix..... fax.....,**  
**diagnosticat(ă) cu.....,**  
**vă rog să-mi aprobați inițierea / continuarea tratamentului cu**  
**..... timp de ... luni.**

**Data**

**Semnătura**

**Rețetele aferente tratamentului aprobat îmi vor fi prescrise de un medic aflat în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.**

**Am luat la cunoștință că dacă medicul prescriptor nu are contract cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., dosarul nu va putea fi înaintat către comisia C.N.A.S..**

**Domnului Președinte al C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.**