

DOMNULE DIRECTOR

Subsemnatul(a).....,
domiciliat(a) în Municipiul Pitești, cart.,
str....., nr....., bl., sc.
....., ap., telefon.....
în calitate de al
bolnavului(ei)....., vă rog să
aprobați **încetarea plății indemnizației** stabilită conform art. 42
alin. 4 din Legea nr. 448/2006 – republicată, deoarece
bolnavul(a) a decedat la data de
....., conform certificatului de deces
pe care îl anexez la prezenta.

DATA

SEMNĂTURA

Domnului Director Executiv al D.A.S Pitești

VERIFICAT Serviciul Protecția Persoanelor cu Handicap și a Persoanelor Vârstnice

Nume.....

Semnătura.....