



Nr. înreg. _____ / _____

CERERE TRANSFER

Subsemnatul(a),
medic/medic stomatolog/farmacist primar/specialist în specialitatea
....., conform ordinului MS nr.
din data, în scris(ă) în cea de a doua specialitate în regim cu taxă în
specialitatea....., în anul, în Centrul Universitar
....., vă rog să binevoiți a-mi aproba **SCHIMBAREA CENTRULUI DE
PREGĂTIRE** în Centrul Universitar, în unitatea sanitară
..... secția/ secția clinică

Solicit aceasta din următoarele motive:

.....
.....
.....
.....
.....

Anexez prezentei, următoarele acte justificative:

.....
.....
.....
.....
.....

Data

.....

Semnătura

.....