

Nr. inregistrare \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Acord. Director Executiv DSP jud. Bv

Domnule Director,

Subsemnantul (a) \_\_\_\_\_

Data nasterii \_\_\_\_\_ cu domiciliul stabil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ absolvent al  
scolii \_\_\_\_\_ cu diploma nr. \_\_\_\_\_ locul de munca \_\_\_\_\_

va rog sa-mi aprobati eliberarea „AUTORIZATIEI DE LIBERA PRACTICA MEDICALA„

Am luat la cunostinta de obligatiile profesionale ce-mi revin in activitatea care o voi desfasura ca \_\_\_\_\_ in specialitatea \_\_\_\_\_

Ma oblig ca nu voi efectua alte prestatii in afara celor avizate de dvs.

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_

Acte necesare obtinerii ALPN

1. Cerere tip
2. Diploma de absolvire (copie)
3. Certificat de cazier judiciar
4. Certificat de sanatate tip A5
5. Copie carte identitate