

<b>SPITALUL DE BOLI CRONICE CĂLINEȘTI</b> Strada Dr. Ion Crăciun, nr. 484, comuna Călinești, județ Argeș	Pagina 1 din 1
<b>FORMULAR DE CERERE AUDIENȚĂ</b> (CERERE TIP)	(Numărul și data înregistrării)

**DATELE DE IDENTIFICARE ALE SOLICITANTULUI**

Subsemnatul (numele și prenumele): \_\_\_\_\_ cetățenia: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

(strada, numărul, blocul, scara, etajul, apartamentul)

Județ/Sector: \_\_\_\_\_ Localitate: \_\_\_\_\_

BI/CI/Pasaport Seria: \_\_\_\_\_ Numărul: \_\_\_\_\_ CNP: \_\_\_\_\_ eliberat de: \_\_\_\_\_ la data de: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Prin prezentul formular, conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public, vă solicit a fi primit în audiență.

**Obiectul cererii de primire în audiență:** Doresc ca data și ora la care va fi programată audiența să îmi fie comunicată la următoarea adresă de e-mail:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

 Doresc ca data și ora la care va fi programată audiența să îmi fie comunicată la numărul de telefon:

Telefon fix: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

**Data:**
**Semnătura:**