

SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA BUCURESTI (SUUB) TEL:021.318.05.25 FAX: 021.318.05.54	TIP DOCUMENT:			F-393-21
	SOLICITARE PRIVIND VIZITA LA PACIENT			
	Editia 1	Revizia. 1	Pag.1 /1	Data :
				Nr. Inreg.

Avizat Sef Sectie

Aprobat
Director Medical
Prof. Univ. Dr. Corina Silvia Pop

In data de: interval orar:

CATRE:

SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENTA BUCURESTI

<p>Subsemnatul/a..... (numele si prenumele apartinatorului), in calitate de (gradul de rudenie) al pacientului/ei (numele si prenumele pacientului/ei), internat/a pe sectia, va solicita, prin prezenta, sa imi permiteti accesul la vizita.</p> <p>Numar de telefon:</p> <p>Data: _____ Semnatura: _____</p>
--

Mentionez ca in timpul vizitei voi respecta conditiile impuse de contextul epidemiologic si toate regulile din cadrul Spitalului Universitar de Urgenta Bucuresti.

Semnatura: _____