



SCBI
SPITALUL CLINIC DE
BOLI INFECTIOASE CLUJ-NAPOCA

400348 Cluj-Napoca, str. Iuliu Moldovan 23
Tel.: 0264-594.655, Fax: 0264-593.105
E-mail: contact@infectioasecluj.ro



CONSILIUL JUDEȚEAN CLUJ



CATRE,

**CONDUCEREA SPITALULUI CLINIC DE BOLI
INFECTIOASE CLUJ-NAPOCA**

Subsemnata/ul _____ ,
Medic rezident – specialitatea _____ ,
C.N.P _____ , domiciliat in _____ ,
judet _____ , strada _____ ,
nr. _____ , **bloc** _____ , **scara** _____ , **etaj** _____ , **ap.** _____ ,
telefon _____ **mail** _____ .

Prin prezenta va rog sa imi aprobatii incadrarea la Spitalul Clinic Boli Infectioase Cluj-Napoca incepand cu data de _____ , conform repartitiei _____ eliberata de catre DSP Cluj.

Data:

Semnatura: