

SPITALUL DE PSIHIATRIE „EFTIMIE DIAMANDESCU”

CERERE DE AUDIENȚĂ

Către: Conducerea Spitalului de Psihiatrie „Eftimie Diamandescu”

Numele și prenumele: \_\_\_\_\_

CNP: \_\_\_\_\_

Domiciliul: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Calitatea:  Pacient  Aparținător  Angajat  Altă calitate: \_\_\_\_\_

Solicit audiență la:

Manager

Director medical

Director financiar-contabil

Alt departament: \_\_\_\_\_

Problema pe care doresc să o prezint în audiență:

.....

.....

.....

.....

.....

Disponibilitate program:

Luni  Marți  Miercuri  Joi  Vineri

Interval orar preferat: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

*Notă: Programarea la audiență se va confirma telefonic sau prin e-mail. Programul de audiențe se desfășoară conform calendarului afișat pe site-ul instituției.*