



**APROBAT
MANAGER**

**Cerere pentru vizită pacient internat în secțiile NON COVID
ale Spitalului de Pneumoftiziologie Sibiu**

Subsemnatul(a)

CNP....., domiciliat(ă) în

.....

Numar de telefon:.....

Va rog să îmi aprobați vizita la pacientul, nume și prenume.....

internat în Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu, pe secția.....NON-COVID

Data

Semnătură aparținător

RĂSPUNS MEDIC CURANT / MEDIC DE GARDĂ:

• SE APROBĂ

• NU SE APROBĂ

Vizita persoanei mai sus menționate, în data de.....în intervalul orar 14 - 15, pentru
maxim 10 minute în secția, salonul.....

Semnătură medic curant / medic de gardă (parafa)