



**CERERE PENTRU OBTINEREA VIZEI MEDICALE Nr. 2**  
**PROIECT „SĂNĂTATE PRIN SPORT”**

Subsemnatul/Subsemnata \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în Municipiul București, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_ sc \_\_\_\_\_, ap \_\_\_\_\_, sector \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, identificat/ă cu BI/C.I. seria \_\_\_\_\_, nr \_\_\_\_\_, cod numeric personal \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, în calitate de reprezentant legal al sportivului \_\_\_\_\_ C.N.P. \_\_\_\_\_, beneficiar cu dosar aprobat și cu prima viză medicală obținută, solicit acordarea celei de a doua viză medicală, în cadrul proiectului „SĂNĂTATE PRIN SPORT”.

- *Sunt de acord să primesc pe adresa de email informații despre campaniile și proiectele desfășurate de Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București*
- *In cazul în care documentele de identitate au suferit modificări, vă solicităm depunerea acestora.*

Data completării: \_\_\_\_\_

Nume, prenume în clar și semnătura reprezentantului legal:

\_\_\_\_\_