



CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN PROIECTUL „SMILE”

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în Municipiul București, str. _____, nr. _____, bl. _____ sc _____, ap _____, sector _____, reședința (dacă este cazul) _____, telefon _____, e-mail _____, identificat/ă cu BI/C.I. seria _____, nr _____, CNP _____, eliberat de _____ la data de _____, în calitate de _____ al copilului _____ C.N.P. _____.

Solicit înscrierea copilului pe care îl reprezint în proiectul denumit „SMILE”, în vederea aplicării unui aparat ortodontic fix.

Am atașat la prezentul formular de înscriere fotocopie carte de identitate pentru a dovedi domiciliul/reședința în Municipiul București.

- *Sunt de acord să primesc pe adresa de e-mail informații despre campaniile și proiectele desfășurate de Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București*

Data completării: _____

Nume, prenume în clar și semnătura reprezentantului legal:

Proiect ”SMILE”

Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

Strada Sf. Ecaterina Nr. 3, Sector 4, București

C.U.I. 25502560

Cont bancar: RO74TREZ005006XXX002371

Tel/Fax: 021.310.10.59/69

Email: contact@assmb.ro