

**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:

\_\_\_\_\_