MINISTERUL TRANSPORTURILOR SI INFRASTRUCTURII
SPITALUL GENERAL CF PASCANI
STR. M. KOGĂLNICEANU, NR. 24, JUD IASI
Telefon/Fax: 0232 767065
spitalcfpascanimanager@gmail.com www.spitalcfpascani.ro

ANEXA III la Decizia nr.36/21.07.2026
Către,
Conducerea Spitalului GENERAL CF Pașcani

APROBAT , MANAGER
ROȘCA CĂTĂLINA YARODARA

CERERE DE RAMBURSARE A CHELTUIELILOR
cu medicamente/ materiale sanitare/ investigatii paraclinice

Subsemnatul/a, _____, domiciliat/ă în localitatea _____, str. _____, nr. ____, bl. ____, sc. ____, ap. ____, județul _____, posesor/posesoare al/a B.I./C.I. seria ____, nr. _____, eliberat/ă de _____ la data de _____, având CNP: _____, telefon:....., e-mail: ....., în calitate de: [ ] pacient / [ ] aparținător legal al pacientului _____, prin prezenta formulez

CERERE DE RAMBURSARE

a sumei de _____ lei (în litere: _____ lei), reprezentând contravaloarea medicamentelor / materialelor sanitare/investigatiilor paraclinice achiziționate/efectuate din fonduri proprii pe perioada spitalizării.

În fapt, am/a fost internat în cadrul spitalului dumneavoastră(în nume propriu/ prin aparținător), în secția _____, în perioada _____ și până la _____, conform Foii de Observație Clinică Generală (FOCG) nr. _____.

Pe parcursul acestei internări, din cauza lipsei din stocul farmaciei spitalului a tratamentului prescris ca fiind de urgență / absolut necesar de către medicul curant, pacientul a achiziționat personal următoarele produse farmaceutice / investigații paraclinice:

1. _____ - Cantitate: _____ - Preț: _____ lei, conform bon/factură nr. _____ din data _____
2. _____ - Cantitate: _____ - Preț: _____ lei, conform bon/factură nr. _____ din data _____
3. _____ - Cantitate: _____ - Preț: _____ lei, conform bon/factură nr. _____ din data _____

Achiziția a fost efectuată în baza Referatului de Necesitate aprobat de către medicul curant, șeful de secție și conducerea unității medicale, document pe care îl anexez prezentei cereri.

MINISTERUL TRANSPORTURILOR SI INFRASTRUCTURII
SPITALUL GENERAL CF PASCANI
STR. M. KOGĂLNICEANU, NR. 24, JUD IASI
Telefon/Fax: 0232 767065
spitalcfpascanimanager@gmail.com www.spitalcfpascani.ro

Solicit ca restituirea sumei totale menționate mai sus să fie efectuată prin:
[ ] **Virament bancar** în contul IBAN: **RO**_____
Deschis la banca: _____
Titular cont: _____
[ ] **Ridicare în numerar** de la casieria spitalului.

Anexez prezentei cereri următoarele documente justificative:

1.Copie după CI / BI pacient și copie de identitate al aparținătorului (dacă este cazul).
2.Copie după Biletul de Externare/ Scrisoare medicală
3. Copie Referat/rețetă întocmită de medicul curant.
4. Factura sau bonul fiscal în original.
6. Extrasul de cont (pentru virarea banilor)

Data: _____

Semnătura: _____