

Catre,

CASA JUDETEANA DE PENSII PRAHOVA

Subsemnatul _____

in calitate de reprezentant al _____,

cod parafa _____, CNP _____,

va rog sa-mi eliberati un numar de _____ carnet(e) de certificate
medicale, in conformitate cu dispozitiile Ordinului comun MMSSF si MS
nr. 399/974/2004.

Data:

Semnatura,

Domnului Director Executiv al Casei Judetene de Pensii Prahova.