



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

Spitalul _____

Judetul _____

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta adeverim că dl/ dna _____, având CNP
_____, este angajat/ă al
Spitalului _____ ca medic
specialist/primar/rezident, în specialitatea
_____.

S-a eliberat prezenta pentru a-i folosi la participarea în cadrul Proiectului POCU/91/4/8/109547 cu titlul „**INTENSIV: Un + (Plus) de șansă la viață pentru copiii în stare critică**” cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020, Prioritatea de investiții 9.iv: Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general, Axa Prioritară 3 „Incluziunea socială și combaterea sărăciei”, beneficiar: Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Maria Sklodowska Curie București.

Data

Semnatura / Ștampilă



MINISTERUL SĂNĂȚII
Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii
"M.S. CURIE" BUCUREȘTI

B-dul Constantin Brâncoveanu, Nr. 20
Sector 4, București, Cod postal 75534
Telefon: 021.460.30.26, Fax: 021.460.12.80,
Email: spital@mscurie.ro, Website: www.mscurie.ro