

**Cabinetul de Medicină Dentară din Unitatea de Învățământ:**

(denumire unitate de învățământ) \_\_\_\_\_

**PROIECT „CONSULTAȚII STOMATOLOGICE ȘI APLICARE DE  
APARATE ORTODONTICE PENTRU ELEVII DIN MUNICIPIUL  
BUCUREȘTI” – APROBAT PRIN HCGMB NR. 307/14.06.2018**

**BILET DE TRIMITERE**

**CĂTRE: Spitalul Clinic de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială ”Prof. Dr. Dan  
Theodorescu”, Ambulatoriul de Specialitate - Compartimentul de Ortodonție și  
Ortopedie Dento-Facială, str. Eforie, nr. 4-6.**

**Nume** \_\_\_\_\_ **Prenume** \_\_\_\_\_, în vârstă de \_\_\_\_\_  
ani, identificat(a) cu CNP \_\_\_\_\_, elev în clasa \_\_\_\_\_

în urma consultației avute în prezența **părintelui/ reprezentant său legal** (nume,  
prenume) \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în București, str.  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_ .

**Motivul trimiterii: Evaluarea necesității aplicării unui aparat ortodontic.**

Elevul împreună cu părintele/reprezentantul legal se va prezenta la adresa din strada Eforie  
numărul 4-6, în vederea evaluării **doar pe bază de programare**. Programarea se va efectua la  
numărul de **telefon: 0755.017.359**.

**Data** \_\_\_\_\_

**Nume, prenume părinte/reprezentant legal** \_\_\_\_\_

**Semnătură părinte/reprezentant legal** \_\_\_\_\_

**Nume, prenume medic** \_\_\_\_\_

**Semnatura medic** \_\_\_\_\_ **Parafa** \_\_\_\_\_