

CĂTRE,
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN BACĂU

Subsemnatul _____ în calitate de _____
al Instituției / Societății _____ cu sediul în județul _____
localitatea _____ str. _____ nr. _____
sc. _____ ap. _____ având Cod Fiscal / Cod Unic de Înregistrare _____
Cont Bancar _____ deschis la _____
din localitatea _____ județul _____

vă solicit, prin prezenta, deplasarea unui Echipaj Medical în vederea asigurării asistenței
medicale de urgență, în regim cu plată, la evenimentul _____

care va avea loc în data de: _____ interval orar __ / __ - __ / __ totalizând un număr
de __ ore, __ min.

Evenimentul va avea loc în localitatea _____, str. _____
nr. __, în locația _____.

Echipajul solicitat va fi prezent la locația indicată, în data de __/__/____ la ora __/____ și va fi
de tip:

- Echipaj Medical cu Medic (EMU-M) - 300 lei/ora;
- Echipaj Medical cu Asistent Medical (EMU-A) - 200 lei/ora;
- Echipaj cu Ambulanțier/Șofer (ET) - 150 lei/ora.

Prin completarea acestei cereri, mă oblig să achit contravaloarea serviciilor de asistență
medicală de urgență în regim cu plată în termen de 30 zile de la emiterea facturii de către
Serviciul de Ambulanță Județean Bacău.

Data
__ / __ / ____

Semnătura și ștampila

ATENȚIE !

ADRESA SE VA TRANSMITE PRIN FAX LA NUMERELE: **0234542668 / 0234542820**, pe adresa SAU
SE VA DEPUNE PERSONAL LA SEDIUL DIN STR. FLORILOR NR. 10/A/1 ÎN INTERVALUL ORAR
8⁰⁰ - 15⁰⁰, LUNI - VINERI

**CERERILE INCOMPLETE SAU COMPLETATE ERONAT NU VOR FI LUATE ÎN
CONSIDERARE. SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN BACĂU NEFIIND RESPONSABIL
DE EFECTELE NEPREZENTĂRII ECHIPAJULUI MEDICAL LA EVENIMENT.**
ÎN CAZUL EVENIMENTELOR CARE SE VOR DESFĂȘURA PE PARCURSUL MAI MULTOR ZILE
SE VA ATAȘA PROGRAMUL DE DESFĂȘURARE A ACTIVITĂȚILOR

NU COMPLETAȚI NIMIC SUB ACEASTĂ LINIE. SPAȚIU REZERVAT SAJ BACĂU

Tipul echipajului: EMU - M ; EMU - A ; ET

Componenta echipajului: dr. _____, asist. med. _____, amb. _____

Calcul: tarif echipaj _____ X nr. ore _____ = _____ lei