

Către,

Primăria Comunei Berzunți

Subsemnatul (a) _____,
domiciliat(ă) în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc.
_____, et. _____, ap. _____, județul _____, prin prezenta solicit eliberarea unei
adeverințe din care să rezulte că sunt beneficiar de ajutor social ca venit minim garantat și îmi sunt
plătite asigurările sociale de sănătate.

Această adeverință îmi este necesară la medicul de familie/spital pentru consultație/internare-
externare.

Data _____

Semnătura,
