

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” – Medic specialist/primar în specializarea Ortodonție și Ortopedie
Dento-Facială**

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 mobil (arcada
superioara si/sau inferioară).**

Elevul împreună cu părintele/reprezentantul legal se va prezenta la medicul specialist în vederea
evaluării doar pe bază de programare.

**Pentru programare, vă rugăm să trimiteti în perioada 1-21 Aprilie 2019, Biletul de
trimitere pe adresa de email asistentatehnica@assmb.ro, precizând în corpul
mesajului: Adresa de domiciliu, Nume & Prenume reprezentant legal, Telefon & Email
reprezentant legal.**

Ulterior trimiterii pe email, veti primi în decurs de 5 zile lucrătoare o confirmare prin
”Reply” cu numărul de înregistrare alocat solicitării dumneavoastră de programare la medicul
specialist ortodont, precum și data, ora și locația unde urmează să vă prezentați însoțit de elev,
pentru evaluare. Programarea se va realiza în ordinea cronologica a primirii Biletului de
Trimitere la adresa de email de mai sus și doar în limita numărului de arcade disponibile. până
la limita de 1.234 arcade aprobate conform HCGMB nr. 307/14.06.2018.

Data _____

Nume, prenume părinte/reprezentant legal _____

Semnătură părinte/reprezentant legal _____

Nume, prenume medic _____

Semnatura medic _____ Parafa _____