



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN  
BISTRITA-NĂȘĂUD



str. Ghinzii nr.26A, Bistrita  
Tel./Fax 0263-217055; 0263/217250;  
e-mail: secretariat@ambulantabistritanasaud.ro

Nr.....

Aprob,  
Manager general  
dr. Muzsi Annabella

**CĂTRE,  
CONDUCEREA SERVICIULUI DE AMBULANȚĂ  
JUDEȚEAN BISTRITA-NĂȘĂUD**

Subsemnatul/(a) \_\_\_\_\_ având  
datele de identificare: BI/CI seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ CNP  
\_\_\_\_\_ cu domiciliul în localitatea  
\_\_\_\_\_ angajat(ă) al(a) S.A.J.-BN, Stația/Substația/ Punct  
de Lucru \_\_\_\_\_ în funcția de  
\_\_\_\_\_, prin prezenta solicit să-mi aprobați  
participarea la Cursul de formare/pregătire profesională organizat și coordonat de  
către \_\_\_\_\_ având tema  
\_\_\_\_\_ ce se va desfășura în perioada  
\_\_\_\_\_ în localitatea  
\_\_\_\_\_.

Transportul la și de la cursul de training mai sus menționat îl voi efectua cu  
\_\_\_\_\_ pentru care solicit/nu solicit  
decontarea contravalorii transportului în condițiile legii.

Cheltuielile cu cazarea vor fi suportate de unitate/participantul cursului.

Menționez că am luat la cunoștință faptul că am obligația să manifest un  
comportament decent pentru a nu aduce atingere imaginii instituției.

Bistrita, \_\_\_\_\_

Semnatura: