

M O D E L A D E V E R I N Ţ Ă

Antetul unităţii (denumire, adresa, CUI)

Nr.de înregistrare, data

A D E V E R I N Ţ Ă

Se adevereşte prin prezenta că doamna / domnul..... medic/medic dentist / farmacist / specialist / primar în specialitatea.....asistent medical generalist / asistent medical obstetrică-ginecologie este / a fost încadrat / ă în unitatea noastră în funcţia de..... de la data de (zi, lună, an) până la data de.... (zi, lună, an), exercitând efectiv, legal şi neîntrerupt* activităţile profesionale pe această durată.

Funcţia,
nume prenume persoană abilitată,
semnătură, ştampila unităţii