



CONSILIUL JUDEȚEAN IAȘI



**SPITALUL CLINIC DE OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE  
"CUZA VODĂ" IAȘI**

Str. Cuza Vodă, nr. 34, tel. 0232 213000, fax 0232 215468, CUI: 4701320  
Cod postal: 700038, e-mail: contact@spitalcuzavodaiasi.ro

**Către,**

\_\_\_\_\_

Subsemnatul(a)/ Subscrisa \_\_\_\_\_,  
domiciliat(ă)/ cu sediul în \_\_\_\_\_,  
reprezentată de \_\_\_\_\_, în calitate de \_\_\_\_\_,  
în temeiul Ordonanței Guvernului nr. 27/ 2002 privind reglementarea activității de soluționare a  
petițiilor, vă aduc la cunoștință următoarele:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Față de situația de fapt expusă mai sus, solicit să dispuneți următoarele măsuri:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vă solicit ca, în termenul legal, să îmi/ ne comunicați modul de soluționare a petiției și  
măsurile dispuse.

Data:

Semnătura/ Numele, prenumele, calitatea și semnătura reprezentantului