

Nr. _____ / _____

Şef Centru,

Către,
Serviciul de Recuperare
din cadrul Centrului de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică pentru
Copii Lugoj

Subsemnatul(a) _____
domiciliat(a) _____ str. _____
în calitate de _____ al copilului _____
solicite să beneficieze de servicii de recuperare de specialitate în cadrul
Serviciului de Recuperare.

Copilul este suferind de _____

Cu respect vă mulțumesc pentru înțelegere.

Data

Semnătura