Către ,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ SUCEAVA

\*Subsemnatul(a)..................................................................................................,cu domiciliul în \*județul....................................,\*localiateta...................................................,\*str.....................................................,\*nr...............,bl............,sc.............,\*ap...........,telefon................................................... ,

Formulez următoarea petiție(reclamație,sesizare):

Data: Semnătura:

\*Aceste spații sunt obligatorii de completat

Conform **art. 7 din OG nr. 27/2002 ”Petițiile anonime sau cele în care nu sunt trecute datele de identificare a petiționarului nu se iau în considerare și vor fi considerate clasate,potrivit prezentei ordonanțe”.**