



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN  
MARAMUREȘ**

**Strada Progresului, nr. 17A, Baia Mare  
Telefon 0262/212888, Fax 0262/217555  
e-mail: secretariat@ambulantomaramures.ro**



Nr.

**SE APROBĂ  
MANAGER GENERAL INTERIMAR  
Ec. MĂDĂLINA CÎMPEAN**

**CĂTRE SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN MARAMUREȘ**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ domiciliat(ă) în

telefon \_\_\_\_\_, solicit prestarea unui serviciu de voluntariat la Stația  
(Substația) de Ambulanță \_\_\_\_\_ pe o perioadă de 1 an.

Menționez că posed studii după cum urmează: \_\_\_\_\_

VĂ MULȚUMESC.

**COMPARTIMENT VOLUNTARIAT  
SE APROBĂ / NU SE APROBĂ**