

**Formular pentru sesizarea abaterilor de la prevederile Codului de Etică și
Conduită Profesională**

Subiect:

Persoană: fizică ☐ juridică ☐

Nume*: **Prenume*:**

**Denumire
companie**:**

Adresa:

Telefon: **Mobil:**

Fax:

E-mail:

Atenție! Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii. Câmpurile marcate cu ** sunt obligatorii în cazul persoanelor juridice.

Vă rugăm să completați corect câmpurile destinate datelor de contact, astfel încât Unitatea de Asistența Medico-Socială Suici să vă poată transmite răspunsul.

Obiectul sesizării:

(Vă rugăm să expuneți datele problemei cu care vă confrunțați, numele persoanei reclamate, precum și orice alte detalii pe care le considerați utile în vederea soluționării sesizării dvs.)

**Atașare
documente:**

(Vă rugăm să atașați acele documente care susțin sesizarea dumneavoastră, dacă este cazul)

**Doresc ca răspunsul să
îmi fie transmis prin:**

e-mail: ☐
poșta: ☐
fax: ☐