

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/Subsemnata, _____,
cetățean român, fiul/fiica lui _____ și al/a _____, născut/născută la data de
_____ în _____, cu domiciliul în _____,
legitimat/legitimată cu _____ seria _____ nr. _____,
CNP _____, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la
falsul în declarații, prin prezenta declar pe propria răspundere că în perioada în care am desfășurat activități
medicale (se menționează perioada) _____,
în specialitatea (se menționează specialitatea) _____

☐ există ☐ nu există pe numele meu reclamații din partea pacienților,

☐ am ☐ nu am sancțiuni contractuale aplicate de CAS Neamț,

☐ am ☐ nu am sancțiuni aplicate de Colegiul Medicilor Neamț,

Alte mențiuni (dacă e cazul):

Data,

Semnătura,
