

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 3

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a, născut la data de, în localitatea, domiciliat în, str.

..... nr., bloc, scara, etaj, apart., sector/județ

....., posesor al, seria nr. eliberat de

..... la data de, cod numeric personal

.....,

Cunoscând dispozițiile articolului 292 Cod penal cu privire la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că spațiul situat la adresa
....., cu destinație de sediu de activitate pentru cabinetul individual de practică independentă pentru care solicit avizarea, îl dețin în mod legal și nu face obiectul niciunui litigiu.

Data:

Semnătură declarant
