



| | | | | |
|---|--|--|---|---|
|  | <p align="center">CONSILIUL JUDEȚEAN BRASOV SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRASOV Str. Calea București, nr. 25-27, Brașov, 500326, Tel: 0268/320022, 0372676271 Fax-uri: 0268/333013, 0372676351 Cont RO 88 TREZ 131 21F 330 800 XXXX Trezoreria Brașov; cod fiscal 4384117 Pagină web: www.hospbv.ro Email: sjbrasov@rdslink.ro</p> |  |  | |
| Operator date cu caracter personal 17323 | Consiliul Județean Brașov | <table border="1"> <tr> <td align="center"> SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV 5. NOV. 2019 INTRARE NR. 363/15 IEȘIRE </td> </tr> </table> | | SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV 5. NOV. 2019 INTRARE NR. 363/15 IEȘIRE |
| SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV 5. NOV. 2019 INTRARE NR. 363/15 IEȘIRE | | | | |

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Art.185 alin.11 din Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006

privind reforma în domeniul sănătății – Republicată, cu modificările și completările ulterioare

Subsemnatul/Subsemnata, dr. Maria Cârstea,
 având funcția de medic șef (concurș/delegație) al
 Secției/Laboratorului/Serviciului medical Podologie și imagistică medicală la
 Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov, cunoscând prevederile art.326 din Codul
 penal privind falsul în declarații,

Declar pe propria răspundere în conformitate cu prevederile art.185 alin.11 din
 Legea nr. 95 /2006 privind reforma în domeniul sănătății, Republicată, cu modificările și
 completările ulterioare,

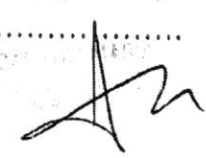
Nu mă aflu în relație de soț /soție sau rudenie / afin până la gradul IV inclusiv,
 cu persoane angajate în secția/laboratorul/serviciul Podologie și imagistică medicală

Mă aflu în relație de soț /soție sau rudenie / afin până la gradul IV inclusiv, cu
 următoarele persoane angajate în secția/laboratorul/serviciul _____:

1. Numele și prenumele.....soț/soție sau gradul de
 rudenie/afinitate, funcția de
 în cadrul secției /serviciului.....;
2. Numele și prenumele.....soț/soție sau gradul de
 rudenie/afinitate, funcția de
 în cadrul secției/serviciului.....

Declar că nu am furnizat informații false și îmi asum responsabilitatea datelor conținute în
 prezenta declarație.

Funcția medic șef secție

Semnătura.....


Data 19.11.2019