

	<p align="center"><b>CONSILIUL JUDEȚEAN BRASOV</b>  <b>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚA BRASOV</b>          Str. Calca București, nr. 25-27, Brașov, 500326, Tel: 0268/320022,          0372676271          Fax-uri: 0268/333015, 0372676351          Cont RO 88 TREZ 131 21F 330 800 XXXX Trezoreria Brașov; cod fiscal          4384117          Pagină web: <a href="http://www.hospbv.ro">www.hospbv.ro</a> Email: <a href="mailto:sjbrasov@rdslink.ro">sjbrasov@rdslink.ro</a></p>		
Operator date cu caracter personal 17323			

INTRARE ÎN ȘIRE NR. 36612

## 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, ANTON MIHAEL VALENTIN,  
 având funcția de FARMACIST ȘEF (concurș/delegație) al  
 Secției/Laboratorului/Serviciului medical F103 ; F104 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 FARMACIA F104 ; F105

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... FARMACIST ȘEF

Semnătura.....

Data 26. 11. 2019