



Consiliul Județean  
Brașov

CONSILIUL JUDEȚEAN BRAȘOV  
SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV

Mun. Brașov, Str. Calea București, nr. 25-27, Cod poștal 500326, Jud. Brașov

Tel: 0268/320022, 0372676271

Fax-uri: 0268/333015, 0372676351

Cont RO 88 TREZ 131 21F 330 800 XXXX Trezoreria Brașov

Cod fiscal 4384117

Pagina web: www.hospbv.ro Email: secretariat@spitaluljudeteambrasov.ro



## 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, OBERȘOI CĂLIN PAVEL  
având funcția de ȘEF SECȚIE (concurș/delegație) al  
Secției/Laboratorului/Serviciului medical CĂLIN PAVEL 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 \_\_\_\_\_

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.....

Semnătura.....

Data.....

8 07 2024

O. Oberșoi