

 	<p style="text-align: center;">CONSILIUL JUDEȚEAN BRAȘOV SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV Str. Calea 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: www.hospbv.ro Email: sjbrasov@rdslink.ro</p>	 	
Operator date cu caracter personal 17323	Consiliul Județean Brașov SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BRAȘOV		

19. NOV. 2019
NR. 35398

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, POP ALINA CONSTANȚA,
 având funcția de FARMACIST ȘEF (concurș/delegație) al
 Secției/Laboratorului/Serviciului medical FARMACIA 101 - SCJ U BRAȘOV 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/laborator/serviciul FARMACIE

Mă aflu în relație de soț /soție sau rudenie / afin până la gradul IV inclusiv, cu
 următoarele persoane angajate în secția/laborator/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... POP ALINA

Data... 19.11.2019

