

COLEGIUL MEDICILOR OLT

Slatina, Jud. Olt, Str. Crișan, nr.9-11, Bloc Central, Mansardă,
Contact : 0751.259.159, 0763.120.571, www.cmolt.ro, E-mail: office@ot.colmed.ro

DECLARAȚIE

Subsemnatul/Subsemnata..... în calitate de medic
....., posesor al BI/CI, seria....., nr.
....., eliberat de, la data de, având
CNP cu domiciliul/sediul în localitatea
....., jud....., str., nr., bl.
....., sc., etj., ap., nr. Reg. Com., C.U.I declar pe
proprie răspundere că respect normele privind înființarea și autorizarea punctelor
externe de recoltare ale laboratoarelor care efectuează analize medicale în regim
ambulatoriu, precum și a condițiilor de organizare ale acestora, emise de Ministerul
Sănătății Publice, publicate în Monitorul Oficial Nr. 541/04.07.2007, aprobat prin
Ordinul Nr. 1.149/29.06.2007.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice conform prevederilor art.
326 din Noul Cod Penal, declar că datele din declarație sunt corecte și complete.

Data:

Semnătura,