

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a, dr.
membru/a al/a Colegiului Medicilor, CUIM CMR
....., cunoscând că falsul în declarații se pedepsește
conform legii, declar pe propria răspundere că îmi exercit profesiunea
în cadrul

(denumirea unității medicale), CF / CUI,cu sediul:

.....
.....

având următorul orar de activitate:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Semnătura:

Data: