ANEXA

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul(a), asigurat(ă) al C.A.S. Cluj

……
(nume, prenume)
domiciliat (ă) în ……....
(adresa completă)
……:posesor al BI/CI seria….....nr. ……
CNP

cunoscând prevederile art. 292 Cod Penal privind falsul în declarații si uzul de fals, declar pe propria răspundere urmatoarele:

- deficiența organică, funcțională sau fizică ***nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv.***
- ***mă angajez să suport diferența dintre prețul de livrare al dispozitivului medical şi cuantumul sumei aprobate***.
- ***mă oblig sa remit la C.A.S. CLUJ decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, emisa pe numele meu, in situatia in care voi intelege sa renunt la beneficiul acordat prin intermediul acesteia***.

Prin prezenta declarație ***împuternicesc pe numitul(a)*** (dacă este cazul):

……
(nume, prenume)
domiciliat (ă) ...…….
(str., nr, localitate, judet)
posesor al BI/CI seria…..... nr. ……
CNP

să depună la C.A.S. Cluj, în numele meu, cererea însoțită de documentele prevăzute de actele normative în vigoare.

Declar, semnez şi susțin,

Data……

Nume, prenume…….

Semnătura……..