

DECLARAȚIE DE ÎMPUTERNICIRE

Subsemnatul(a)..... , cu domiciliul în localitatea sector/ județ Str.....bl.....sc.....et.....ap.....posesor/ posesoare al/a BI/CI serianr....., CNP....., **declar pe proprie răspundere**, cunoscând prevederile art. 326 și art. 327 Cod Penal cu privire la falsul în declarații și falsul privind identitatea, că am fost împuternicit/ă în calitate de rudă de gradul II, respectiv:

- Frate / soră
- Nepot / bunic

cu beneficiarul:

Nume prenume:

Codul numeric personal (CNP).....,

în vederea depunerii / ridicării actelor pentru dispozitive medicale, la/de la CASMB.

DATA

SEMNĂTURA

CASMB respectă prevederile Regulamentului European (UE) 2016/679 privind protecția datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)