



Declarație pe proprie răspundere

ANEXA 2

Subsemnata , identificată prin CNP ,
 CI seria nr. , emis de , la data de ,
 cu domiciliul în ,
 adresa de corespondență ,
 telefon , e-mail

și
 Subsemnatul , identificat prin CNP ,
 CI seria nr. , emis de , la data de ,
 adresa de corespondență ,
 cu domiciliul în ,
 telefon , e-mail

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals și uz de fals în acte publice, conform prevederilor Codului penal, declarăm pe propria răspundere că :

- am depus un singur dosar, doar la sediul OminiClinic, pentru Subprogramul FIV/ET al Ministerului Sănătății, fără a îl depune și la sediul unei alte unități sanitare care derulează Subprogramul Național FIV/ET;
- nu am mai beneficiat în trecut de o altă procedură finanțată din bugetul Ministerului Sănătății;
- documentele depuse conțin informații corecte și complete.

Data

Semnat de **bărbat** _____
 (nume în clar)

 (semnătura)

Semnat de **femeie** _____
 (nume în clar)

 (semnătura)