Anexa 3

DECLARAȚIE

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații prevăzute de Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, subsemnatul/subsemnata, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_\_, județul/sectorul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar pe propria răspundere că nu am ridicat și nu voi ridica din altă unitate farmaceutică doza de medicament...................... eliberată în regim de urgență de farmacia ................... , pentru tratamentul .........................................

Data .................................

Semnătura pacient/aparținător...............................