



DECLARAȚIE

Subsemnatul _____, reprezentant legal al Cabinetului medical (Cabinet medical individual/Cabinete medicale grupate/Cabinete medicale asociate /Societate civilă medicală) _____, având sediul în localitatea _____ strada _____, nr. _____ bloc _____ scara _____, etaj _____ ap. _____ județ _____, identificat/ă prin CI/Pașaport seria _____ și număr _____, CNP _____, **declar pe proprie răspundere, cunoscând dispozițiile articolului 326 Cod Penal cu privire la falsul în declarații, că Serviciile medicale de prevenire și depistare precoce (screening) pentru boli hepatice cronice secundare infecțiilor virale cu virusuri hepatice B/ D și C efectuate în cadrul contractului încheiat cu Asociația Româna Anti-SIDA, respectiv:**

- ✓ **Consultația preventivă,**
- ✓ **Consultația efectuare procedură testare și**
- ✓ **Consultația post efectuare procedură testare**

NU au fost/ NU vor fi decontate din alte surse de finanțare (ex. programul național, buget de stat), granturile SEE și Norvegiene, programele transfrontaliere, FESI 2014-2020, alte programe finanțate din fonduri nerambursabile).

Denumire cabinet _____

Nume reprezentant legal _____

Semnătura _____

Data _____