

## Declaratie,

Subsemnatul \_\_\_\_\_

apartinator al copilului/adultului \_\_\_\_\_

cu CNP ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../..... declar pe

proprie raspundere, ca serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu doresc sa fie acordate in

baza cererii la urmatorul domiciliu \_\_\_\_\_

telefon\_\_\_\_\_.

Data\_\_\_\_\_

Semnatura

\_\_\_\_\_