

Anexa nr. 3

Declarația pe propria răspundere a pacientului

Subsemnatul....., CNP....., declar pe propria
răspundere, că la data prezentei, sunt în evidența medicului curant
pentru tratamentul cu medicamentul/medicamentele
..... pentru care urmează a fi eliberată prescripție medicală în sistemul de asigurări
sociale de sănătate, în baza Formularului specific.

Data**Semnătura pacientului/reprezentantului legal**