

## DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul (a), ....., cu domiciliul în localitatea ....., județul ....., str....., bl./sc./et./ap. ...., posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la data de ....., în calitate de ..... al ....., cu sediul în ....., telefon ....., fax ....., înmatriculată la registrul comerțului sub nr. ...., având codul fiscal nr. .... din ....., declar pe propria răspundere că unitatea sanitară pe care o reprezintă desfășoară activitatea medicală – prestări servicii medicale în asistență medicală paraclinică, în spațiul situat la adresa ....., compus din următoarele încăperi, conform releveului anexat la prezenta declarație:

1. Camera nr....., având destinația de .....
2. Camera nr....., având destinația de .....
3. Camera nr....., având destinația de .....
4. ....

În încăperile menționate mai sus se găsesc amplasate următoarele aparate, după cum urmează:

1. În camera nr..... : aparatul/dispozitivul/echipamentul .....(tip, serie, nr.);
2. În camera nr..... : aparatul/dispozitivul/echipamentul .....(tip, serie, nr.);
3. În camera nr..... : aparatul/dispozitivul/echipamentul .....(tip, serie, nr.);
4. ....

Echipele, dispozitivele și aparatele sus-menționate (care fac obiectul evaluării resurselor tehnice în vederea stabilirii valorilor de punctaj pentru contractul cu CAS Neamț), vor fi menținute în încăperile enumerate și vor fi utilizate conform scopului declarat pe toată durata de derulare a contractului încheiat cu CAS Neamț.

Mă oblig să anunț CAS Neamț, în termen de 5 zile lucrătoare, cu privire la orice schimbare de destinație a încăperilor sus-menționate, precum și cu privire la mutarea aparaturii din spațiile în care au fost amplasate inițial.

De asemenea, declar pe proprie răspundere că, la intrarea în unitatea sanitară va fi afișată o listă cu corpul de clădire, etajul unde se găsește și numărul fiecărei încăperi, după caz, precum și cu serviciile medicale care se acordă în respectiva încăpere. De asemenea, pe ușa de intrare în fiecare cabinet va fi afișat programul de activitate.

Anexez alăturat releveul spațiului situat la adresa ..... în care se desfășoară activitatea medicală..... de către unitatea sanitară .....

Data:

Semnătura: