

UNITATEA SANITARĂ:
SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENTA
„SF.APOSTOL ANDREI” CONSTANȚA

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

NUME CIOBOTARU
PRENUME CAMELIA
FUNCTIE MEDIC ȘEF

ADRESA PROFESIONALĂ:

LOCUL DE MUNCĂ: SCJU. LABORATORUL CLINIC DE RECUPERARE

ADRESA: str. FOMIS nr. 145 localitatea Constanța

Nr.de telefon (serviciu) _____

Nr.de telefon (mobil) _____ : Nr.de fax _____

Adresă e-mail _____

Subsemnatul(a) Ciobotaru Camelia

Șef Secție Laboratorul cl. de recuperare, declar pe propria
răspundere, că am /nu am legături de rudenie până la gradul IV inclusiv cu personalul angajat
în secția pe care o conduc.

Semnătură _____

Data 12.05.2005