

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

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

NUME DEACU
PRENUME MARINA
FUNCTIE MEDEC SEF MUAFONIE PATOLOGIC

ADRESA PROFESIONALĂ:

LOCUL DE MUNCĂ: SCZU COMUNA
ADRESA: str. Bulei TOMIS nr. 151 localitatea _____
Nr.de telefon (serviciu) _____
Nr.de telefon (mobil) 0 Nr.de fax _____
Adresă e-mail 0

Subsemnatul(a) DR. DEACU MARINA
Șef Secție SERVICIU COMUNICĂRI PATOLOGIC declar pe propria
răspundere, că am/nu am legătură de rudenie până la gradul IV inclusiv cu personalul angajat
în secția pe care conduc.

Semnătură _____
Data 15.10.200