

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

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

NUME_ȘERBAN_

PRENUME_ALEXANDRU OCTAVIAN_

FUNCȚIE_MEDIC ȘEF SECȚIE ORTOPEDIE-TRAUMATOLOGIE_

ADRESA PROFESIONALĂ:

LOCUL DE MUNCĂ: SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE “Sf. Apostol Andrei”
CONSTANȚA_

ADRESA: bld. TOMIS nr. 145 localitatea CONSTANȚA_

Nr.de telefon (serviciu) _____

Nr.de telefon (mobil) ____, Nr.de fax _____

Adresă e-mail _

Subsemnatul(a) DR. ȘERBAN ALEXANDRU OCTAVIAN_

Șef Secție_ORTOPEDIE-TRAUMATOLOGIE_, declar pe propria răspundere, că nu am
legături de rudenie până la gradul IV inclusiv cu personalul angajat în secția pe care o conduc.

Semnătură _____

Data_18.05.2015_