

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