

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a, dr.,
membru/a al/a Colegiului Medicilor Dentiști, Nr.
Registru înreg. unic al medicilor dentiști,
cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe
propria răspundere că îmi exercit profesiunea în cadrul

.....
(denumirea unității medicale), CF / CUI,cu sediul:

.....
.....
având următorul orar de activitate:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Semnătura:

Data: