

DECLARATIE

Subsemnatul/a, cu domiciliul în, cunoscând prevederile art.326 Cod penal în calitate de beneficiar al programului „Harghita zâmbeste”, declar pe propria răspundere că voi efectua serviciile medicale aferente proiectului în cadrul cabinetului medical, în conformitate cu prevederile Metodologiei de acordare a unui sprijin financiar în cadrul programului „Harghita zâmbeste”, în caz contrar voi suporta toate cheltuielile cu privire la serviciile stomatologice efectuate.

Data

Semnătura