

Declarație pe propria răspundere

Date de identificare

Denumire _____
Sediu _____
CUI/CIF _____

Date de contact

Telefon _____
E-mail _____
Site _____

Către
Colegiul Medicilor Stomatologi _____

Subsemnatul/a, _____, în calitate de
reprezentant legal al _____, cu sediul social
în localitatea _____, str. _____ nr. _____
_____ (bl./sc./ap. etc.)

judet/sector _____, deținând autorizație sanitară de funcționare
nr. _____ din data de _____, domenii autorizate (medicină dentară,
specialități, studii complementare) _____

declar pe propria răspundere că în cabinetul de medicină dentară situat în localitatea _____
_____, str. _____ nr. _____
_____ (bl./sc./ap. etc.)

judet/sector _____, sunt îndeplinite regulile de disciplină sanitară
stabilite de autoritățile cu atribuții în domeniu pentru prevenirea și limitarea răspândirii infecției cu
Coronavirusul SARS-CoV-2, precum și a condițiilor stabilite prin decizii ale organelor de conducere ale
Colegiului Medicilor Stomatologi în România cu privire la efectuarea intervențiilor stomatologice de
urgență pe perioada suspendării temporare a activității cabinetelor de medicină dentară în baza deciziilor
emise de autoritățile publice competente potrivit legii.

Data _____

(Nume, prenume și semnătură)