

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.)

_____ județ/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.),

județ/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)