Anexa 3

DECLARAȚIE

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații prevăzute de Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, subsemnatul/subsemnata, _____, domiciliat(ă) în _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul/sectorul _____, legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria _____ nr. _____, CNP _____, declar pe propria răspundere că nu am ridicat și nu voi ridica din altă unitate farmaceutică doza de medicament..... eliberată în regim de urgență de farmacia ..... , pentru tratamentul .....

Data .....

Semnătura pacient/aparținător.....