

**Declarația pe propria răspundere a pacientului**

Subsemnatul....., CNP....., declar pe propria  
răspundere, că la data prezentei, sunt în evidența medicului curant .....  
pentru tratamentul cu medicamentul/medicamentele .....  
..... pentru care urmează a fi eliberată prescripție medicală în sistemul de asigurări  
sociale de sănătate, în baza Formularului specific.

**Data**

**Semnătura pacientului/reprezentantului legal**