Nr....... Din ...../......./ 2020

**Declarație ,**

Subsemnatul/a , ............................................................................ , posesor al C.I., seria ............... nr. .................... , declar pe propria răspundere că mă oblig să fiu de acord cu deciziile stabilite de personalul de specialitate din cadrul U.A.M.S. Rucăr, sau în cazul în care bolnavul este externat în familie, internat într-o altă unitate spitalicească sa nu îl abandonez , și să răspund solicitărilor venite din partea personalului de specialitate din cadrul U.A.M.S. Rucăr, în caz contrar suport lunar costul total / bolnav și cheltuielile cu salarii ale unității.

Data: Semnătura,