D E C L A R A Ț I E P E P R O P R I E R Ă S P U N D E R E

Subsemnatul/a _____cu domiciliul în _____,

telefon _____, e-mail_____, identificat prin B.I./C.I./altele serie _____, număr _____, eliberat/ă de _____ la data _____, de _____, având C.N.P. _____, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii**, declar pe proprie răspundere**, că:

- ✓ Nu exercit profesia de medic
- ✓ Nu exercit nici o ocupație de natură a aduce atingere demnității profesiei de farmacist sau bunelor moravuri, conform Codului deontologic al farmacistului
- ✓ Am depus jurământul profesional la absolvirea Facultății de Farmacie.

Data Semnătura,