**Declaratie**

**pe propria raspundere privind apartenenta la o casa de sanatate**

 Subsemnatul/a.........................................., având CNP............................, salariatul/a Universităţii din Oradea (normă de bază/plata cu ora), declar pe proprie răspundere ca sunt înscris la Casa de Asigurări de Sănătate a judeţului..........................................

Data: ...................... Semnatura: ......................