

## Declarație pe propria răspundere

Subsemnatul \_\_\_\_\_, domiciliat în \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, identificat cu \_\_\_\_\_,  
internat la data de \_\_\_\_\_, în Secția \_\_\_\_\_ a  
Spitalului General C.F. Ploiesti, luând la cunoștință faptul că fondurile alocate  
spitalului de către Casa de Asigurări de Sănătate sunt insuficiente pentru  
achiziționarea tuturor dispozitivelor medicale, materialelor sanitare specifice și  
nespecifice și medicamentelor, **declar că nu doresc să fiu trecut pe lista de  
așteptare**, conform art.61 al.1, lit. c) din H.G. 52/2005 de aprobare a Contractului –  
cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări  
sociale de sănătate pentru anul 2005, respectiv art.14 al.3 din Anexa 18 la O. MS  
nr.56/45/2005 și **îmi achiziționez pe cheltuiala proprie materialele sanitare  
specifice și medicamentele care nu pot fi asigurate de spital, dar care îmi sunt  
necesare acordării asistenței medicale.**

Data

Semnătura