

[Numele clinicii]

[Adresa clinicii]

[Email clinică]

[Telefon clinică]

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE CNAS

Subsemnatul(a) _____, CNP _____, domiciliat(ă) în _____, telefon _____

☐ Completez în calitate de reprezentant legal al minorului

În calitate de reprezentant legal al minorului _____, CNP _____

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, că nu am beneficiat, la niciun alt furnizor de servicii medicale stomatologice aflat în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), de serviciile stomatologice pentru care solicit în prezent decontare, în perioada minimă prevăzută de legislația și reglementările CNAS pentru acordarea acestora.

În mod expres, declar că nu am beneficiat de următoarele servicii în intervalele prevăzute de legislația în vigoare:

- ☐ Consultație stomatologică – mai devreme de 12 luni;
- ☐ Detartraj cu ultrasunete și periaj profesional pentru ambele arcade – mai devreme de 12 luni;
- ☐ Tratatamentul cariei simple – mai devreme de 2 ani;
- ☐ Pansament calmant sau drenaj endodontic – mai devreme de 2 ani;
- ☐ Tratatamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie – mai devreme de 2 ani;
- ☐ Sigilare dentară (pentru copii și tinerii cu vârsta de până la 18 ani) – mai devreme de 2 ani;
- ☐ Proteză acrilică mobilizabilă pe o arcadă – mai devreme de 4 ani;
- ☐ Reparație sau rebazare proteză – mai devreme de 6 luni.

Declar că toate informațiile furnizate sunt reale, complete și conforme cu situația mea medicală și administrativă și înțeleg că furnizarea unor informații nereale poate atrage răspunderea civilă, contravențională sau penală, conform legii, precum și recuperarea sumelor decontate necuvenit.

Semnătura pacientului / reprezentantului legal

Data

Semnătura pacientului / reprezentantului legal