„Dotarea USTACC din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj pentru tratarea pacienților cardiaci critici”, Cod SMIS: 349476, Cod apel: PS/665/PS_P3/OP4/RSO4.5/PS_P3_RSO4.5_A7 Contract de finanțare nr. 50377/23.04.2026

IMPUTERNICIRE

Subsemnatul(a)_____CNP_____ identificat cu BI/CI seria _____ nr. _____, imputernicesc pe _____ , CNP _____, identificat cu BI/CI seria _____ nr. _____, Urgență Cluj Napocain calitate de _____, sa ma reprezinte la Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj Napoca pentru depunerea dosarului de selecție în vederea ocupării poziției de _____în cadrul proiectului *„Dotarea USTACC din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj pentru tratarea pacienților cardiaci critici”*, Cod SMIS: 349476, Cod apel: PS/665/PS_P3/OP4/RSO4.5/PS_P3_RSO4.5_A7 Contract de finanțare nr. 50377/23.04.2026

Data…….. Semnatura……..

DECLARATIE PE PROPRIA RASPUNDERE

Subsemnatul(a)_____CNP_____, act de identitate___seria_____nr.__eliberat de_____la data de_____valabil pana la data de_____,cu domiciliul în _____,str._____, nr.___, bloc___ap.__ judetul_____.

Declar catre (nume institutie), pe propria raspundere, constient fiind de prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaratii, urmatoarele:

Deţin calitatea de împuternicit respectiv mandatar al numitei/numitului_____, pentru depunerea dosarului de selecție în vederea ocupării poziției de _____ în cadrul proiectului *„Dotarea USTACC din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj pentru tratarea pacienților cardiaci critici”*, Cod SMIS: SMIS 349476, Cod apel: PS/665/PS_P3/OP4/RSO4.5/PS_P3_RSO4.5_A7 Contract de finanțare nr. 50377/23.04.2026

Data:..... Semnătura.....