



**DECLARAȚIE DE CONȘIȚĂMÂNT, ACORD FOTOGRAFIERE ȘI
ANGAJAMENT**

PURTARE APARAT ORTODONTIC

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în Municipiul București,
str. _____, nr. __, bl. ____ sc ____, ap _____, sector _____,
reședința (dacă este cazul) _____ telefon
_____, e-mail _____, identificat/ă cu
BI/C.I. seria _____, nr. _____, CNP _____, eliberat de
_____, la data de _____, în calitate de _____ al
copilului _____ CNP _____ îmi
exprim acordul pentru aplicarea aparatului ortodontic fix copilului pe care îl reprezint.

Prin semnarea prezentei Declarații sunt de acord și mă oblig, în condițiile proiectului „SMILE” să **respect întocmai** Regulamentul proiectului și următoarele recomandări după montarea aparatului ortodontic fix:

- ✓ **Purtarea aparatului ortodontic pe toată perioada indicată de medic;**
- ✓ **Să mă prezint însoțit(ă) de copil la vizitele/consultațiile post tratament astfel cum sunt stabilite de medicul specialist ortodont;**
- ✓ **Respectarea indicațiilor medicului specialist de purtare a aparatului ortodontic aplicat;**
- ✓ **Respectarea duratei tratamentului ortodontic**

De asemenea, sunt de acord cu fotografierea arcadei dentare ale copilului înainte și după acordarea sprijinului financiar pentru aplicarea aparatului ortodontic fix, sprijin acordat în baza proiectului „SMILE”, aprobat prin H.C.G.M.B. nr. 695/18.10.2018

În cazul în care beneficiarul prin reprezentantul legal, nu respectă indicația medicului și nu poartă aparatul ortodontic fix, se obligă la plata contravalorii voucherelor primite.

Data: _____

Semnătura: _____

**Reprezentant legal; Calitatea se va dovedi prin prezentarea de documente în original și copie emise de instituțiile abilitate în acest sens, la depunerea dosarului de aplicare în proiect.*

Proiect ”SMILE”

Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București

Strada Sf. Ecaterina Nr. 3, Sector 4, București

C.U.I. 25502560

Cont bancar: RO74TREZ005006XXX002371

Tel/Fax: 021.310.10.59/69

Email: contact@assmb.ro