

**DECLARAȚIE DE INTERESE**

Subsemnatul/Subsemnata Felix Cîm  
 având funcția de medic la cabinet  
 la Spitalul Clinic Militar de Urgență „DR. Iacob Czihac” Iași  
 CNP 920201001000000000 domiciliat în Iași  
 cunoscând prevederile art. 292 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere:

1. Asociat sau acționar la societăți comerciale, companii/societăți naționale, instituții de credit, grupuri de interes economic, precum și membru în asociații, fundații sau alte organizații neguvernamentale:			
Unitatea - denumirea și adresa -	Calitatea deținută	Nr. de părți sociale sau de acțiuni	Valoarea totală a părților sociale și/sau a acțiunilor
1.1. ....			
2. Calitatea de membru în organele de conducere, administrare și control ale societăților comerciale, ale regiilor autonome, ale companiilor/societăților naționale, ale instituțiilor de credit, ale grupurilor de interes economic, ale asociațiilor sau fundațiilor ori ale altor organizații neguvernamentale:			
Unitatea - denumirea și adresa -	Calitatea deținută	Valoarea beneficiilor	
2.1. .... <u>Fundația Apollonia Cabinet de Administrație</u>	<u>membru</u>	<u>—</u>	
<u>Cabinet de Administrație sp. medicilor</u>	<u>membru</u>	<u>—</u>	
<u>Sinod U.M.R. Asociația Inf. Univ. de Medicină</u>	<u>intelectual</u>	<u>—</u>	

3. Calitatea de membru în cadrul asociațiilor profesionale și/sau sindicale:

3.1. ....

4. Calitatea de membru în organele de conducere, administrare și control, retribuite sau neretribuite, deținute în cadrul partidelor politice, funcția deținută și denumirea partidului politic:

4.1. ....

5. Contracte, inclusiv cele de asistență juridică, consultanță și civile, obținute sau aflate în derulare în timpul exercitării funcțiilor, mandatelor sau demnităților publice finanțate de la bugetul de stat, local și din fonduri externe ori încheiate cu societăți comerciale cu capital de stat sau unde statul este acționar majoritar/minoritar:

5.1 Beneficiarul de contract: numele, prenumele/denumirea și adresa	Instituția contractantă: denumirea și adresa	Procedura prin care a fost încredințat contractul	Tipul contractului	Data încheierii contractului	Durata contractului	Valoarea totală a contractului
Titular:						
Sot/soție:						
Rude de gradul I <sup>1</sup> ) ale titularului .....						
Societăți comerciale/Personă fizică autorizată/Asociații familiale/Cabinete individuale, cabinete asociate, societăți civile						

profesionale sau societăți civile profesionale cu răspundere limitată care desfășoară profesia de avocat / Organizații neguvernamentale / Fundații / Asociații <sup>2)</sup>						
--	--	--	--	--	--	--

<sup>1)</sup> Prin rude de gradul I se înțelege părinți pe linie ascendentă și copii pe linie descendentă.

<sup>2)</sup> Se vor declara numele, denumirea și adresa beneficiarului de contract unde, prin calitatea deținută, titularul, soțul/soția și rudele de gradul I obțin contracte, așa cum sunt definite la pct. 5. Prezenta declarație constituie act public și răspund potrivit legii penale pentru inexactitatea sau caracterul incomplet al datelor menționate.

Data completării

Semnătura

**DECLARAȚIE**

referitoare la incompatibilități  
a membrilor consiliului de administrație

Subsemnatul/Subsemnata ..... Prof. Dr. Cliv Fala .....  
Domiciliat/domiciliată în ..... Iasi .....

Adresa profesională ..... Strada Apollonia din Iasi .....

Declar prin prezenta, pe propria răspundere, ca nu mă aflu în niciuna dintre  
situațiile de incompatibilitate de mai jos:

1. Nu exercit nicio altă funcție salarizată, nesalarizată sau/și indemnizată, inclusiv în cadrul vreunei autorități executive, legislative ori judecătorești.
2. Nu exercit nicio altă activitate sau funcție de manager, inclusiv neremunerată.
3. Nu exercit nicio activitate sau funcție în structurile de conducere ale unei alte unități spitalicești.
4. Nu exercit nicio funcție în cadrul organizațiilor sindicale sau patronale de profil.

Dau prezenta declarație cunoscând dispozițiile art. 292 din Codul penal referitoare la infracțiunea de fals în declarații.

Mă angajez să declar imediat orice modificare apărută în legătură cu cele menționate mai sus.

Semnătura .....

Data .....