



ANEXO VIII
Subvención Nº 10

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA TRATAMIENTO SOLICITADO.

D./D^a

.....
con DNI/NIE Nº

DECLARA bajo su responsabilidad

Que no ha renunciado voluntariamente a los tratamientos solicitados que pudiera recibir por el Servicio Cántabro de Salud, Mutuas, o cualquier otra entidad pública o privada

En..... a de de **2018**

Firmado