ANEXA 18 A

 Furnizor de servicii medicale paraclinice ............................................

 Sediul social/Adresa fiscală .............................................

 **DECLARAŢIE**

 Subsemnatul (a), .............................................................................

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am / nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice şi cu:

* Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti;
* Casa de Asigurări de Sănătate ……………………….

 Data Reprezentant legal

 .................. (semnătura şi ştampila)

 .......................