Denumirea furnizorului...............................................................................................................................

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

Sediul social / Adresa fiscala.....................................................................................................................

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

**Declaratie**

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

**legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere, ca nu am incheiate sau nu voi incheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CASIF, contracte,conventii sau alte tipuri de întelegeri cu alti furnizori care se află în relatii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiasi furnizor, în scopul obtinerii de către acestia/personalul care îsi desfăsoară activitatea la acestia, de foloase/beneficii de orice natură,care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de sigurări de sănătate.**

Data Reprezentant legal

Numele in clar,

..................... (semnatura si stampila)

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