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

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

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

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

**DECLARATIE**

 Subsemnatul ....................................................................................... reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale ................................................................................ cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere ca până la data prezentei:

□ nu au intervenit modificari in cadrul conditiilor de eligibilitate si a documentelor care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale nr........../2016 încheiat cu CASIF, cu exceptia celor care au fost comunicate CASIF pe parcursul derulării relatiei contractuale.

□ au intervenit modificari in cadrul conditiilor de eligibilitate si a documentelor care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale nr.........../2016 încheiat cu CASIF- anexez copii certificate pentru conformitate, ale documentelor pentru care au survenit modificari (actualizari documente cu termene expirate, modificari structura personal, etc):

**1.............................................................**

**2.............................................................**

**3.............................................................**

**4................................................................**

**5.............................................................**

 Data Reprezentant legal

……………………… (semnatura si stampila)