**ANEXA 3 -**

Furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală............

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

 **DECLARAŢIE**

 Subsemnatul(a), ................................. legitimat(ă)

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 de reabilitare medicală şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

 Data Reprezentant legal

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

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