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

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

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

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

Către,

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE MURES**

Subsemnatul (a)……………………………………………………………………

legitimat cu B.I./C.I. seria..........., nr........................................., CNP………………………………in calitate de reprezentant legal al

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

cod fiscal ……………………...………....., solicit prin prezenta, incheierea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicesti, in Sistemul Asigurarilor Sociale de Sanatate, pana la data de 31.12.2023

**Sub sanctiunile prevazute de art. 326 din noul Cod penal, privind falsul în declaratii, declar pe proprie raspundere, urmatoarele:**

* detin semnatura electronica extinsa, atat eu in calitate de reprezentant legal cat si medicii care isi vor desfasura activitatea in baza contractului de furnizare de servicii medicale
* ca nu am incheiat sau nu voi incheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS MURES, contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de sigurări de sănătate.
* Documentele depuse sunt conform cu realitatea şi în termen de valabilitate.

**In calitate de reprezentant legal, mă oblig** să notific Casa de Asigurări de Sănătate Mures despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, **cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte,** cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care am obligaţia să le notific cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplineasc în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor

Anexez dosarul cu documentele solicitate, conform opis-ului.

Data...../....../........... Reprezentant legal,

(semnătura şi ştampila)