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

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

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

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

**DeclaraŢie**

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

**legitimat (a) cu C.I. seria ............, nr. ..............., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că persoana desemnată pentru relaţia cu casa de asigurări de sănătate este: …………………….**

**……………………………………………………………………………………….CI serie…………../nr…………………….**

**Menţionez că unitatea si personalul respectă legislaţia referitoare la protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.**

**Anexez împuternicire legalizată.**

Data Reprezentant legal

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

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