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 condițiilor de eligibilitate și a documentelor care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale nr............... încheiat cu CAS MURES, cu excepția celor care au fost comunicate CAS MURES pe parcursul derulării relației contractuale.

□ au intervenit modificari in cadrul condițiilor de eligibilitate și a documentelor care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale nr............... încheiat cu CAS MURES - 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) ....................................