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

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

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

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

**Declaratie**

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

**legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere, 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.**

Data Reprezentant legal

Numele in clar,

..................... (semnatura si stampila)

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