**Denumirea furnizorului................................................................................**

**........................................................................................................................**

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

**........................................................................................................................**

**Declaratie**

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

**legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii**

**- Declar pe propria raspundere ca am / nu am contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara şi cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autoritaţii Judecătoreşti.**

**- Declar pe propria raspundere ca medicii care sunt inclusi in contractul cu CAS MURES figureaza / nu figureaza in contract cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autoritaţii Judecătoreşti.**

**- Declar pe propria raspundere ca medicii care sunt inclusi in contract figureaza / nu figureaza in alt tip de contract incheiat cu CAS MS. (specificati dupa caz)**

**Data Reprezentant legal**

**..................... (semnatura**

**...................................................**