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 incheiate sau nu voi incheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS MURES, contracte, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obţinerii de către aceştia/personalul care îşi desfăşoară activitatea la aceştia, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de sigurări de sănătate.**

Data Reprezentant legal

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