**Furnizor de servicii medicale .....................**

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

**DECLARAŢIE**

**Subsemnatul(a)\*1) ...................... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria .........., nr. ............., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că lista cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ................. în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2018 este valabilă şi conformă cu evidenţele proprii existente la data de\*2) .........................**

**Subsemnatul(a)\*3) ...................... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria .........., nr. ............., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere, că lista/listele cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate .............. în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2018 este valabilă/sunt valabile şi conformă/conforme cu evidenţele proprii existente la data de\*4) ......................................., pentru următorii medici de familie:**

**- ........................................................................**

**- ........................................................................**

**- ........................................................................**

**NOTĂ:**

**\*1) Pentru cabinetele medicale individuale**

**\*2), \*4) Se va trece data depunerii documentelor de contractare**

**\*3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:**

**- cabinet asociat sau grupat**

**- societate civilă medicală**

**- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare**

**- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie.**

**Data Reprezentant legal**

**Nume și prenume.....................**

**Semnătura ...............................**