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 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 o alta casa de asigurari de sanatate, respectiv:

* 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 cu CAS Mures. (specificati dupa caz)

Data Reprezentant legal

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

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