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)

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