Anexa 5

Denumire furnizor...................................................................................................................................................

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

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

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

**DECLARAȚIE**

Subsemnatul(a),.......................................................................................................................................... legitimat ( a ) cu B.I./C.I. seria .............., nr. .........................., cunoscând faptul că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că furnizorul de servicii medicale ...............................................................................................are dreptul să:

* importe;
* să distribuie;
* să repare, să asigure mentenanța și punerea în funcțiune/instalare,

pentru echipamentele de oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, conform avizului de funcționare emis de ANMDM.

 Data Reprezentant legal

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