Denumirea furnizorului....................................................................................................................................

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

Sediul social / Adresa fiscala..........................................................................................................................

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

Telefon:..................

e-mail:.............

**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 persoana desemnata pentru relatia cu casa de asigurari de sanatate este: …………………….**

**……………………………………………………………………………………….BI / CI serie…………../nr…………………….**

**Mentionez ca unitatea si personalul respecta legislatia referitoare la protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.**

**Anexez imputernicire legalizata.**

Data Reprezentant legal

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

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