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

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

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

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

**DeclaraȚie**

**Subsemnatul (a), .............................................................................**

**legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., in calitate de reprezentant legal, cunoscand că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că persoana desemnată pentru relația cu casa de asigurări de sănătate este: .........................**

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

**Menționez că unitatea și personalul respectă legislația referitoare la protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal.**

**Anexez imputernicire legalizată.**

Data Reprezentant legal

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

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