**Unitatea sanitara …………………. *Anexa 2***

**DECLARATIE**

 Subsemnatul, …………………………………………………………………., CNP ………………………., posesor al actului de identitate (BI/CI) seria ………………, nr. ………., cod parafa ……………., declar pe propria raspundere, cunoscand prevederile referitoare la falsul in declaratii, ca imi desfasor activitatea in baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale de **recuperare ,medicina fizica si balneologie in ambulatoriu sau in sanatorii balneare** incheiat cu casele de asigurari de sanatate.

Data Nume medic

 ……………………

Semnatura si parafa