**ANEXA 11 A**

 **- model –**

 Furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare .......

 Sediul social/Adresa fiscală

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

**DECLARAŢIE**

 Subsemnatul(a), .............. legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ......, nr. .........., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că

 \_ \_

am |\_|/nu am |\_| contract de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

 Data Reprezentant legal:

 .................. nume şi prenume ........

 semnătura ..............