ANEXA 18 A

**- model –**

Furnizor de servicii medicale paraclinice .....................

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 paraclinice şi cu:

\_

|\_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti

\_

|\_| Casa de Asigurări de Sănătate ........................

Începând cu data de 1 iulie 2018, optez sa rămân in relația contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate………………\*)

\*) Se completează numai de furnizorii care, pana la data de 1 iulie 2018, au fost in contract atât cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești cat si cu Casa de Asigurări de Sănătate județeana, respectiv cu Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București.

**Data**  **Reprezentant legal:**

.................. nume și prenume ................

semnătura .......................