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

Data Reprezentant legal

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

 semnătura ...............................................