Anexa 2

**Declaraţie**

Subsemnatul (a) ………………………………………………… …………… …………………………….,

CNP ………………………....…….. CI seria ……., nr. ……………. , în calitate de reprezentant legal al furnizorului de servicii farmaceutice ……………………………………………………………………….., declar că persoana desemnată să transmita în SIUI raportarea electronica lunară a prescripțiilor cu și fără contribuție personala este

NUME, PRENUME

CNP

Telefon mobil

e-mail

**Acordul persoanei desemnate**

Semnatură

Data

In calitate de reprezentant legal mă oblig să anunţ casa de asigurări de sănătate despre modificarea persoanei desemnate, **cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte**.

**Data: ............................... Reprezentant legal,**