**Furnizor de servicii medicale............ Anexa 4**

**Sediul social/Adresa fiscală .....................................**

**DECLARAŢIE**

**Conform art.207 al.2 din HG 521/2023**

Subsemnatul(a), ...................................................................... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ..........., nr. ..............., în calitate de reprezentant legal al ………………………………………., cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform Codului penal, declar pe propria răspundere că nu am încheiat sau nu închei pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casa de asigurări de sănătate contracte, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiaşi furnizor, în scopul obţinerii de către aceştia/personalul care îşi desfăşoară activitatea la aceştia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate

**Data Reprezentant legal**