

Furnizor de servicii medicale.....

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform Codului penal, declar pe propria răspundere că în prezent nu am încheiat și nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate Ialomița, contracte, convenții sau orice alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau din cadrul societății/unității al cărui reprezentant legal sunt, în scopul obținerii de către mine sau de către personalul care își desfășoară activitatea în cadrul cabinetului/societății/unității mele, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

.....