**ANEXA 1**

Furnizor de servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale

……………………………………………………….

Sediul socal/Adresa fiscala …………………………..

DECLARATIE

Subsemnatul (a) ………………………………………………, reprezentant legal al ………………………………………………., legitimat(a) cu BI/CI seria ………nr……………, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform Codului Penal, declar pe propria raspundere ca in prezent nu am incheiat si nu voi incheia pe parcursul derularii raporturilor contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate Suceava, contracte, convenţii sau orice alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul cabinetului/societatii/unitatii al carui reprezentant legal sunt, în scopul obţinerii de către mine sau de catre personalul care îşi desfăşoară activitatea in cadrul cabinetului/societatii/unitatii 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

……………………… (semnatura si stampila)

………………………………..