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 declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am |\_|/nu am |\_| contract de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

Data,

 Reprezentant legal: .................

 - numele şi prenumele ..........

 - semnătura .............