**Denumirea furnizorului**.................................................................................................

..........................................................................................................................................

**Sediul social/Adresa fiscala**............................................................................................

**D E C L A R A T I E**

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

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ................., in calitate de reprezentant legal, cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii

- Declar pe propria raspundere ca am / nu am contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara şi cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autoritaţii Judecătoreşti.

- Declar pe propria raspundere ca medicii care sunt inclusi in contractul cu **CAS ILFOV** figureaza / nu figureaza in contract cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autoritaţii Judecătoreşti.

- Declar pe propria raspundere ca medicii care sunt inclusi in contract figureaza / nu figureaza in alt tip de contract incheiat cu **CAS ILFOV** (specificati dupa caz)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..

**Data Reprezentant legal**

..................... (semnatura si stampila)

...................................................