**DECLARATIE**

Subsemnatul/Subsemnata ............................................................., in calitate de reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale ...................................................... cu sediul in .............................................................., in aplicarea prevederilor art. 194 alin. 3 din HG nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, cu modificările și completările ulterioare, declar pe propria raspundere, cunoscand prevederile referitoare la falsul in declaratii, ca nu am incheiat si nici nu voi incheia, pe parcursul derularii raporturilor contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate Mures, contracte, conventii sau alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori care se afla in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate sau in cadrul aceluiasi furnizor, in scopul obtinerii de catre mine sau personalul care isi desfasoara in cadrul furnizorului ................................................., al carui reprezentant legal sunt, de foloase/beneficii de orice natura, care sa fie in legatura cu obiectul contractelor incheiate cu casele de asigurari de sanatate.

Data................... Nume reprezentant legal,

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

Semnatura si stampila

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