Denumirea furnizorului...............................................................................................................................

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

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

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

**Declaratie**

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

**legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere, ca in prezent nu am incheiate sau nu voi incheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS MURES, contracte,convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia, de foloase/beneficii de orice natură,care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de sigurări de sănătate.**

Nota:

Prezenta declaratie este in conformitate cu HG 140/2018, art.204 alin. (2) in conformitate cu alin. (3) din art. 204 - HG 140/2018, dispoziţiile alin. (2) nu sunt aplicabile pentru situaţiile prevăzute in prezenta hotarare şi normele metodologice de aplicare a acesteia (**Ordinul MS/CNAS 397/836/2018**), precum şi pentru situaţiile rezultate ca urmare a desfăşurării activităţii specifice proprii de către furnizori.

Data

..........