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 nu am incheiate sau ca nu voi incheia pe parcursul derularii raporturilor contractuale cu CAS 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 acestia/ personalul care isi desfasoara activitatea la acestia, de foloase/beneficii de orice natura, care sa fie in legatura cu obiectul contractelor incheiate cu casele de asigurari de sanatate.

Data Reprezentant legal

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

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