**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 am luat la cunostinta de obligatiile prevazute in art. 4 din Conventia prevazuta in Anexa nr. 41 / Anexa nr. 42 la Ordinul comun MS/CNAS pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind acordarea asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.**

**Data Nume, prenume**

**..................... (semnatura si parafa)**

 **...................................................**