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

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

DeclaraȚie

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

legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere ca am / nu am contract şi cu:

* Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărarii, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autoritaţii Judecătoreşti

Declar pe propria răspundere că medicii care sunt incluși în contractul cu CAS MUREȘ figurează / nu figureaza în contract cu o altă casă de asigurări de sănătate, respectiv:

* Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autoritaţii Judecătoreşti

Declar pe propria raspundere că medicii care sunt incluși in contract figurează / nu figurează în alt tip de contract cu CAS MUREȘ. (specificati dupa caz)

Data Reprezentant legal

............................. (semnătura și ștampila)