**DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul/a ...................................................................................., domiciliat/ă în.............................., str............................................., nr................., bloc............., scara............, etaj............., apt..........., județ............................., posesor al CI/BI seria ............, nr...................................., eliberat de .................................................., la data de.................................., cod numeric personal..........................................................., în calitate de reprezentant legal al furnizorului.........................................................................., cunoscand dispozițiile art. 326 din Noul Cod penal cu privire la falsul în declarații,

**DECLAR PE PROPRIA RĂSPUNDERE următoarele:**

**Toate dispozitivele medicale pentru care se solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate corespund denumirii și tipului de dispozitiv prevăzut în pachetulde bază și respectă condițiile de acordare prevăzute in H.G. nr. 140/2018 si în Ordinul nr. 397/836/2018.**

**Dau prezenta declarație în conformitate cu art. 163 alin. (1) lit. n) din H.G. nr.140/2018 privind aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pt. anii 2018-2019, fiindu-mi necesara la Casa de Asigurări de Sănătate Mureș pentru incheierea contractului pentru anul 2018.**

Data........................

DECLARANT,

(nume, prenume, semnătura)