Furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu .................

 Sediul social/Adresa fiscală

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

**DECLARAŢIE**

 Subsemnatul(a),......................... legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ...., nr. ........, în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că

am |\_|/nu am |\_| contract de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu şi cu alte case de asigurări de sănătate.

 Data Reprezentant legal:

 ................. numele şi prenumele ...........

 semnătura ............................