**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. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare si în Ordinul nr. 196/139/2017.**

**Dau prezenta declarație în conformitate cu art. 152 alin. (1) lit. o) din H.G. nr.161/2016 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 2016-2017, fiindu-mi necesara la Casa de Asigurări de Sănătate Mureș pentru incheierea contractului pentru anul 2017.**

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

DECLARANT,

(nume, prenume, semnătura și ștampila)