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

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

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

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

**DeclaraȚie**

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

**legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ............, nr. ..............., cunoscand că falsul in declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere, că în prezent nu am incheiate sau nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS MUREȘ, contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de sigurări de sănătate.**

Data Reprezentant legal

Numele in clar,

..................... (semnatura si stampila)

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