Furnizor de servicii medicale paraclinice ......................................

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

**DECLARAŢIE**

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

legitimat (a) 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 servicii medicale paraclinice şi cu:

* Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti;
* Casa de Asigurări de Sănătate ……………………….

Data Reprezentant legal

..................... (semnătura şi ştampila)

…………………………...