**DECLARAŢIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE**

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, născut la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_, posesor al BI/CI, seria \_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, reprezentant legal al furnizorului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe proprie răspundere că nu am încheiat şi nu voi încheia pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu CAS Covasna, contracte, convenţii sau alte tipuri de înţelegeri cu alţi furnizori care se află în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate şi nici în cadrul unităţii medicale pe care îl reprezint , în scopul obţinerii de către subsemnatul sau personalul angajat, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Dau prezenta declaraţie în baza art. 207, alin. (2), din Anexa 2 la HG nr. 521/2023, fiind necesară la dosarul de contractare a serviciilor medicale pentru perioada 2023.

**Reprezentant legal**

Data (semnătura electronică extinsă/calificată)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_