

Denumirea furnizorului.....
.....
Sediul social / Adresa fiscala.....
.....

DECLARATIE

Subsemnatul (a),,
legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., cunoscand ca falsul in
declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria raspundere, ca in
prezent nu am incheiate sau nu voi incheia pe parcursul derulării raporturilor
contractuale cu CAS Ialomița, 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 asigurări de
sănătate.

Nota: Prezenta declaratie este in conformitate cu HG 400/2014 modificata prin HG 205/2015, art. 18 alin. (3). In conformitate cu alin. (4) art. 18 - HG 400/2014 modificata prin HG 205/2015, dispozițiile alin. (3) nu sunt aplicabile pentru situațiile prevăzute prezenta hotarare și normele metodologice de aplicare a acesteia (Ordinul MS/CNAS 388/186/2015), precum și pentru situațiile rezultate ca urmare a desfășurării activității specifice proprii de către furnizori.

Data

.....

Reprezentant legal

Numele in clar,
(semnatura si stampila)

.....