**ANEXA 18 A**

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

Sediul social/Adresa fiscală ...............................................................

**DECLARAŢIE**

Subsemnatul(a), .............................................................................. legitimat(ă) 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 .......................................................

Începând cu data de 1 iulie 2018, optez sa rămân in relația contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate ……….................................................................………\*)

\*) Se completează numai de furnizorii care, până la data de 1 iulie 2018, au fost în contract atât cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești cât și cu Casa de Asigurări de Sănătate județeană, respectiv cu Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București.

Data Reprezentant legal

.................................... nume și prenume ...............................................

semnătura ...............................................