Furnizor de servicii medicale îngrijiri paliative la domiciliu........................................

 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 îngrijiri paliative la domiciliu şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

 Data Reprezentant legal

 (semnătura şi ştampila)