

Furnizor de servicii medicale paraclinice .....

Sediul social/Adresa fiscală .....

### **DECLARAȚIE**

Subsemnatul(a) ....., legitimat(ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice și cu:

Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești

Casa de Asigurări de Sănătate .....

Începând cu data de 1 decembrie 2020 optez să rămân în relația contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate .....