

Furnizor de servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale

.....

Sediul social/Adresa fiscala .....

### **DECLARATIE**

Subsemnatul (a) ....., reprezentant legal al ....., legitimat(a) cu BI/CI seria .....nr....., cunoscand ca falsul in declaratii se pedepseste conform Codului Penal, declar pe propria raspundere ca in prezent nu am incheiat si nu voi incheia pe parcursul derularii raporturilor contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate Suceava, contracte, conventii sau orice alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori care se afla in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate sau in cadrul cabinetului/societatii/unitatii al carui reprezentant legal sunt, in scopul obtinerii de catre mine sau de catre personalul care isi desfășoară activitatea in cadrul cabinetului/societatii/unitatii mele, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Data  
.....

Reprezentant legal  
(semnatura si stampila)  
.....