*Declarație potrivit art. 3 alin. (6) din Anexa nr. 39 la Norme*

Furnizor de dispozitive medicale ……….........................................................……….....

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 **dispozitivele medicale** ce se vor **acorda** pentru o **perioadă determinată** pe durata derulării relațiilor contractuale cu CAS Vâlcea sunt următoarele:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr. crt. | Denumirea dispozitivului medical | Tipul | Numărul dispozitivelor pe fiecare tip |
| *0* | *1* | *2* | *3* |
| ... | ... | ... | ... |

Data: \_\_\_\_\_\_\_06.2023

Reprezentant legal:

nume și prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

semnătura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_