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

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

................................................................................................................................

**DECLARAŢIE**

Subsemnatul(a), ................................................................................., în calitate de reprezentant legal, declar pe propria răspundere că nu am încheiat și nu voi încheia pe parcursul derulării raportului contractual cu casa de asigurări de sănătate Mehedinți contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate Mehedinți sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate Mehedinți.(conform art. 204, alin. (2) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr. 696/2021, modificată și completată prin H.G. nr. 422/2022).

Data

Reprezentant legal:

(nume şi prenume)

semnătura ..............