



Furnizor de servicii medicale .....

Sediul social/Adresa fiscală .....

## DECLARAȚIE

Subsemnatul\*1 (a) ..... legitimat (a) 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 datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2011 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de\*2 .....

Subsemnatul\*3 (a) ..... legitimat (a) 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 datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista/listele cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2011 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de\*4 ....., pentru următorii medici de familie:

.....

## NOTĂ:

\*1 Pentru cabinetele medicale individuale

\*2, \*4 Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

\*3 Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat

- societate civilă medicală

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare

- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila