

Furnizor de servicii medicale .....  
 Sediul social/Adresa fiscală .....

### DECLARAȚIE

Subsemnatul(a)\*1) ..... 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 lista cuprinzând persoanele înscrise 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 2015 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de\*2) .....

Subsemnatul(a)\*3) ..... 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 lista/listele cuprinzând persoanele înscrise beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depute în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2015 este valabilă/sunt valabile și conformă/conforme 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 societăților nr. 31/1990, 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)