

Denumirea furnizorului.....  
.....  
Sediul social / Adresa fiscala.....  
.....

## DECLARATIE

**Subsemnatul (a), .....,**  
**legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., cunoscand ca falsul**  
**in declaratii se pedepseste conform legii, declar pe propria**  
**raspundere ca nu am contract cu alt furnizor de servicii medicale**  
**..... aflat in relatie contractuala cu casele de**  
**asigurari de sanatate.**

Data  
.....

Nume, prenume  
(semnatura si parafa)

.....