***Formular 3***

**DECLARAȚIE PRIVIND EVITAREA DUBLEI FINANȚĂRI**

Subsemnatul......................................................reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale ......................................................................... , CUI/CIF....................................având sediul în localitatea........................., strada..............................................., nr...... bloc.......scara....................., etaj........ap........sector/judeţ........................., telefon..............................., email...................................................................., identificat/ă prin CI/Pașaport seria...... și număr........................., CNP......................... cunoscând prevederile art 326 Cod Penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că serviciile de prevenţie, depistare precoce, diagnostic şi tratament precoce al cancerului de col uterin efectuate, respectiv:

* Servicii medicale- consultatii de specialitate obstetrică ginecologie cu recoltare HPV

NU au fost/ NU vor fi decontate din alte surse de finanțare (ex. programul național (buget de stat), asigurari sociale de sănătate sau asigurări private, granturile SEE și Norvegiene, programele transfrontaliere, FESI 2014-2020)[[1]](#footnote-1).

Denumire furnizor servicii medicale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nume reprezentant legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătură reprezentant legal şi ştampila unităţii furnizoare de servicii

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Această Declarație privind evitarea dublei finanțări va însoți fiecare factură emisă de furnizorul de servicii medicale [↑](#footnote-ref-1)