

**Sede corporativa**

Avda. Icària, 133 - 135 | 08005 Barcelona  
T 934 867 400 | F 934 867 428  
contratacionpublica@mutua-intercomarcal.com  
www.mutua-intercomarcal.com



**MUTUA  
INTERCOMARCAL**

Don/Doña xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, actuando en nombre y representación del centro/servicio/establecimiento sanitario xxxxxxxx, con CIF/NIF , xxxxxxxx

**DECLARA RESPONSABLEMENTE**

Que, en relación con el concierto a suscribir con Mutua Intercomarcal, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº39, con número de referencia xxxxxxxx, y de conformidad con el Artículo 12 del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social:

No tiene ningún tipo de vinculación o relación comercial, financiera o de cualquier otra clase, con empresas representadas en la junta directiva de la mutua, con el representante de estas, con el director gerente o cualquier otra persona que ejerza funciones de dirección ejecutiva en la mutua.

Que acredita un volumen de facturación por prestaciones satisfechas en los tres años precedentes a la formalización del concierto superior a la facturación estimada por las prestaciones objeto del contrato.

Lo que declara y suscribe.

(Fecha y firma)