

Denumirea angajatorului
Cod fiscal (CUI/CNP angajator/persoană fizică)
Nr. de înregistrare la registrul comerțului

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se certifică faptul că domnul/doamna....., CNP, act de identitateseria nr., eliberat de la data de, cu domiciliul în, str. nr. ..., bl, ap, sectorul/județul, are calitatea de salariat și i s-a reținut și virat lunar contribuția pentru asigurările sociale de sănătate, potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Persoana mai sus menționată figurează în evidențele noastre cu următorii coasigurați (soț/soție, părinți, aflați în întreținere):

1. Nume, prenume, CNP
2. Nume, prenume, CNP
3. Nume, prenume, CNP

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 3 luni de la data emiterii.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverință sunt corecte și complete.

Reprezentant legal