

Nr. Inreg. _____

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se adeverește că dl/dna _____, CNP _____, act de identitate _____ seria ___ nr. _____, eliberat de _____ la data de _____, cu domiciliul în _____, _____ nr. _____, bloc _____, scara _____, etaj _____, apartament _____, sector _____ are calitatea de salariat și i s-a reținut lunar contribuția pentru asigurările sociale de sănătate, potrivit Legii 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):

Prezenta adeverință are o 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,