

A D E V E R I N T A

Prin prezenta se certifica faptul ca domnul/doamna _____, CNP _____, act de identitate _____ seria _____ nr. _____, eliberat de _____ la data de _____ cu domiciliul in _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, ap. _____, sectorul/judetul _____, are calitatea de salariat incepand cu data de _____ si i s-a retinut si virat lunar contributia pentru asigurarile sociale de sanatate, potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii cu modificarile si completarile ulterioare.

Persoana mai sus mentionata este asigurata la _____ si figureaza in evidentele noastre cu urmatorii coasigurati (sot/sotie, parinti, aflati in intretinere) :

- . Nume, prenume _____, CNP _____
- . Nume, prenume _____, CNP _____
- . Nume, prenume _____, CNP _____

Prezenta adeverinta are o perioada de valabilitate de 3 luni de la data emiterii.

In ultimele 12 luni persoana _____ a beneficiat de un numar de _____ zile de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca.

Sub sanctiunile aplicate fapei de fals in acte publice, declar ca datele din adeverinta sunt corecte si complete.

Administrator,