***CNAS***

***CAS ILFOV***

***CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE***

***CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ILFOV***

Str. Av. Popisteanu nr. 46, Sector 1, Bucuresti, Cod postal 012095

CUI 10549058

E-mail: informatica@casailfov.ro, casilfov@gmail.com, relatii.publice@casailfov.ro

<http://www.casailfov.ro>

Tel. 0212241982, Fax 0212243867

**CĂTRE,**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ILFOV**

**CERERE PENTRU UTILIZAREA UNUI CERTIFICAT DIGITAL CALIFICAT**

1. **DATE DE IDENTIFICARE ALE FURNIZORULUI**

|  |  |
| --- | --- |
| Cod de identificare fiscală |  |
| Denumire |  |
| Număr contract cu CAS IF |  |
| Adresa |  |

1. **DATE DE IDENTIFICARE ALE PERSOANEI PENTRU CARE S-A ELIBERAT**

**CERTIFICATUL DIGITAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nume\* |  |
| Prenume\* |  |
| CNP\* |  |
| Adresă e-mail\* |  |
| Număr Serial Certificat Digital (Serial Number)\*\* |  |
| Valabilitate Certificat Digital (data inceput …) |  |
| Autoritate de Certificare Emitentă |  |

\* Se vor completa datele identic cu cele înscrise în certificatul digital.

\*\* Se completează numarul serial al Certificatului Digital fara spaţii ,”-“ ,“:” , dacă nu reuşiţi să identificaţi numărul serial al certificatului calificat vă rugăm să luaţi legătura cu autoritatea de certificare care v-a eliberat certificatul.

Sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele înscrise în acest formular sunt corecte şi complete.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data  |  |  | Semnătura şi ştampila |
| Nume, Prenume  |  |  | se vor aplica la ridicarea conventiei !! |
| Funcţia  |  |  |

Am luat la cunostinta si sant de acord ca datele cu caracter personal depuse la prezenta cerere vor fi utilizate

de CAS Ilfov pentru indeplinirea obligatiilor legale conferite de Legea 95/2006 cu modificarile si

completarile ulterioare si a Ordinului ministrului sanatatii si presedintelui CNAS pentru aplicarea normelor

metodologice de aplicare a prevederilor H.G.aflate in vigoare.