

Către,

**Domnul/Doamna PREȘEDINTE – DIRECTOR GENERAL
al Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani**

**Subsemnatul(a) _____, rog prin prezenta, a-mi
aproba înregistrarea calității de coasigurat conform documentelor anexate.**

DECLARAȚIE

**Subsemnatul(a) _____ CNP _____
cu domiciliul în _____, str _____,
nr __, bl __, ap __, jud. _____, declar pe propria răspundere că
domnul(a) _____, se află în întreținerea mea.
Menționez că am luat la cunoștință de prevederile legale cu privire la falsul
în declarații conform Codului Penal și declar că datele sunt corecte și
complete.**

data

semnătura

DECLARAȚIE

**Subsemnatul(a) _____, posesor al B.I./C.I.,
seria __, Nr __, eliberat de _____, la data de _____, având
CNP _____, declar pe propria răspundere că nu realizez
venituri fiscale. Menționez că am luat la cunoștință de prevederile legale cu
privire la falsul in declarații conform Codului Penal și declar că datele de
mai sus sunt corecte și complete.**

data

semnatura

Tel relații _____