

Denumirea angajatorului

Cod fiscal (CUI/CNP angajator/persoana fizica).....

Nr. de înregistrare la registrul comertului

Nr. de înregistraredin data de

ADEVERINTA

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

Persoana mai sus mentionata figureaza în evidentele noastre cu urmatorii coasigurati (**sot/sotie, parinti**, aflati în întreținere):

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

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

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

Reprezentant
legal,
.....