ANEXA 1

(Anexa nr. 7^2 la norme)

Casa de Asigurări de Sănătate

..........................................................

Nr. de înregistrare ........ data ..............

**ADEVERINŢĂ**

Prin prezenta se certifică faptul că pentru îngrijirea pacientului cu afecţiuni oncologice.................................................................,(numele şi prenumele),CNP ..........................., au fost acordate, în ultimele 12 luni, până la data de ..............., un număr de ..... zile de concediu medical aferente codului de indemnizaţie 17, după cum urmează:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Numărul de zile concediu | Seria şi numărul certificatului de |

| medical în ultimele 12 luni | concediu medical, pentru codul de |

| | diagnostic ......................., |

| | valabil până la ................... |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

| | |

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Prezenta adeverinţă are o perioadă de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii.

Sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice declar că datele din adeverinţă sunt corecte şi complete, conform evidenţei existente la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate .................. la data eliberării prezentei adeverinţe.

Director General, Director Economic,

Sef Serviciu E.A.C.C.M.,

Întocmit,