

Casa de Asigurări de Sănătate
Nr. de înregistrare data

ADEVERINȚĂ

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

Numărul de zile concediu medical în ultimele 12 luni	Seria și numărul certificatului de concediu medical, pentru codul de diagnostic, valabil până la

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

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice declar că datele din adeverință sunt corecte și complete, conform evidenței existente la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate
... la data eliberării prezentei adeverințe.

Director general,
.....