

Denumirea angajatorului
Cod fiscal (CUI/CNP angajator/persoană fizică)
Nr. de înregistrare la registrul comerțului

Nr.....data.....

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se certifică faptul că domnul/doamna.....,
CNP, act de identitate seria nr.,eliberat
de la data de, cu domiciliul în.....,
str., nr., bl, ap,sectorul/județul, a fost
angajatul societății noastre de la data de..... până la data de, în funcția de
.....

Menționăm că în această perioadă a obținut următoarele **venituri brute pentru care s-a achitat lunar contribuția pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate**, potrivit OUG nr. 185/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Nr. crt.	Luna	An	Total salariu	Venit brut la care s-a achitat contribuția de 0.85%	Indemnizație CM	Nr. zile lucrătoare stagiu	Nr. zile lucrate	Nr. zile CM

Se eliberează prezenta pentru a-i servi la Casa de Asigurări de Sănătate Neamț, pentru stabilirea mediei zilnice a bazei de calcul a indemnizației de asigurări sociale de sănătate.

Director general,
(semnătura)

Director economic,
(semnătura)