Denumirea angajatorului .....

Cod fiscal (CUI/CNP angajator/persoană fizică) .....

Nr. de înregistrare la registrul comerțului .....

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

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 ....., are calitatea de salariat **începând** cu data de ..... şi i s-a reținut şi virat lunar contribuția pentru asigurările sociale de sănătate, potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările şi completările ulterioare.

Persoana mai sus menționată figurează în evidențele noastre cu următorii coasigurați (soț/soție, părinți, aflați în întreținere):

1. Nume, prenume, ... CNP ..... începând cu data de .....
2. Nume, prenume, ... CNP ..... începând cu data de .....
3. Nume, prenume, ... CNP ..... începând cu data de .....

Prezenta adeverință are o perioadă de valabilitate de 3 luni de la data emiterii.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverință sunt corecte şi complete.

Reprezentant legal,