ANEXA 4

ADEVERINȚĂ
de asigurat pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate

```
    1. Numele:
 _______________________________________________________________________________
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|__|

    2. Prenumele:
 _______________________________________________________________________________
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|__|

    3. CID:
 _______________________________________________________________________________
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|__|
```

4. Perioada de valabilitate a adeverinței este de 3 luni de la data eliberării acesteia.

```
    Data eliberării                            ___________________________________
    ...............                           | Semnătura şi ştampila instituţiei |
                                              |___________________________________|
```