

ANGAJATOR/CASA DE ASIGURARI DE SANATATE

.....
Nr.de inregistrare.....data.....

ADEVERINTA

Prin prezenta se certifica ca domnul/doamna, CNP.....
act de identitate,serianr.....,eliberat dela data de
....., cu domiciliul in,str.....,
nr.....,Bl., ap.,sectorul/judetul, are calitate de persoana
asigurata pentru concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate in sistemul de
asigurari sociale de sanatate,potrivit Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 158/2005
privind concediile si indemnizatiile de asigurari sociale de sanatate,aprobata cu
modificari si completari prin Legea nr.399/2006,cu modificarile si completarile
ulterioare.

Prezenta adeverinta are o perioada de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii.

Sub sanctiunile aplicate faptei de fals in acte publice,declar ca datele din
adeverinta sunt corecte si complete.

Numarul de zile de concediu medical de care persoana asigurata a beneficiat in
ultimele 12/24 luni este de zile, pana la data de ,aferente fiecarei
afectiuni in parte,dupa cum urmeaza:

Cod de indemnizatie	Numar zile concediu medical in ultimele 12/24 luni

Reprezentant legal angajator/ Presedinte-director general,

.....