

**CĂTRE,  
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE TIMIȘ**

**CERERE PENTRU UTILIZAREA UNUI CERTIFICAT DIGITAL CALIFICAT**

**1 DATE DE IDENTIFICARE ALE FURNIZORULUI**

Cod de identificare fiscală:  
Denumire:  
Nr contract cu CASTM:  
Adresa:  
Telefon:

**2 DATE DE IDENTIFICARE ALE PERSOANEI PENTRU CARE S-A  
ELIBERAT CERTIFICATUL DIGITAL**

Nume\*:  
Prenume\*:  
CNP\*:  
Adresa de email\*:  
Numar Serial Certificat Digital (Serial Number)\*\*:  
Autoritate de Certificare Emitenta  
Perioadă de valabilitate certificat digital                      De la:                      Până la:  
Solicite generarea unei serii de licență\*\*\*

\* Se vor completa datele identice cu cele înscrise în certificatul digital.

\*\* Se completează numărul serial al certificatului digital fără spații, -, :. Dacă nu reușiți să identificați numărul serial al certificatului vă rugăm să luați legătura cu autoritatea de certificare care v-a eliberat certificatul.

\*\*\* Se va bifa pentru a solicita seria de licență pentru furnizorii **noi intrați** în relație contractuală cu CAS Timiș.

Sub sancțiunile faptei de fals în acte publice declar că datele înscrise în prezentul formular sunt corecte și complete.

Data

Nume, Prenume

Funcția

Semnătura\*

--

\*chenarul predestinat se va folosi pentru semnătură digitală sau olografă!

Readere suportate: Adobe Reader