**CĂTRE,**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE TIMIŞ**

**CERERE PENTRU UTILIZAREA UNUI CERTIFICAT DIGITAL CALIFICAT**

1. **DATE DE IDENTIFICARE ALE FURNIZORULUI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cod de identificare fiscală:** |  |
| **Denumire:** |  |
| **Număr contract cu CAS TM:** |  |
| **Adresa:** |  |
| **Telefon:** |  |

1. **DATE DE IDENTIFICARE ALE PERSOANEI PENTRU CARE S-A ELIBERAT**

**CERTIFICATUL DIGITAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nume\*** |  |
| **Prenume\*** |  |
| **CNP\*** |  |
| **Adresă e-mail\*** |  |
| **Număr Serial Certificat Digital (Serial Number)\*\*** |  |
| **Autoritate de Certificare Emitentă** |  |
| **Data valabilităţii certificatului digital** | De la: | Până la: |
| **Generare serie de licenţă\*\*\*** | Da | Nu |

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

\*\* Se completează numărul serial al Certificatului Digital fără spaţii ,”-“ ,“:”, dacă nu reuşiţi să identificaţi numărul serial al certificatului calificat vă rugăm să luaţi legătura cu autoritatea de certificare care v-a eliberat certificatul.

\*\*\* Se va solicita seria de licenţă pentru furnizorii noi intraţi în relaţie contractuală cu CJAS Timiş.

Sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele înscrise în acest formular sunt corecte şi complete.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data  |  |  | Semnătura |
| Nume, Prenume  |  |  | se va aplica la ridicarea conventiei !! |
| Funcţia  |  |  |