

ANTET UNITATE

Nr...../.....

A D E V E R I N T A

Prin prezenta se certifica faptul ca domnul / doamna , CNP , act de identitate , seria , nr , eliberat de , la data de , cu domiciliul in , str , nr , bl , ap , judet , are calitatea de salariat si i s-a retinut si virat lunar contributia pentru asigurarile sociale de sanatate, potrivit Legii 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare.

Persoana mai sus mentionata figureaza in evidentele noastre cu urmatorii coasigurati (sot/sotie, parinti aflati in intretinere):

1. Nume, prenume.....CNP.....
2. Nume, prenume.....CNP.....
3. Nume, prenume.....CNP.....

Prezenta adeverinta are o perioada de valabilitate de 3 luni de la data emiterii.

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

Mentionam ca doamna / domnul a beneficiat / nu a beneficiat in ultimul an de zile de concediu medical.

Reprezentant legal,