

DENUMIREA ANGAJATORULUI.....

Cod fiscal (CUI / CNP angajator / persoana fizica).....

Nr. de inregistrare la registrul comertului.....

Nr. din.....

ADEVERINTA

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. sectorul/judetul....., are calitatea de salariat incepand cu data de.....si i s-a retinut si virat lunar contributia pentru asigurarile sociale de sanatate, potrivit LEGII nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare.Mentionam ca domnul/doamna a beneficiat de zile de concediu medical in ultimele 12 luni.

Persoana mai sus mentionata figureaza in evidentele noastre cu urmatorii coasigurati(sot/sotie,parinti, aflatii 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.

Reprezentant legal,