

Denumirea angajatorului \_\_\_\_\_  
Nr. de inregistrare la registrul comertului \_\_\_\_\_  
Cod fiscal (CUI/CNP angajator/persoana fizica) \_\_\_\_\_

## Adeverinta

Prin prezenta se certifica faptul ca domnul/doamna \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, cu domiciliul în \_\_\_\_\_, are calitatea de salariat 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.

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.

Numarul de zile de concediu medical de care angajatul(a) a beneficiat in ultimele 12 luni este de \_\_\_\_\_ zile, pana la data de \_\_\_\_\_.

Data

\_\_\_\_\_

Reprezentant legal