

1

Se completează de către entitate

nr. ____ din _____ 201__

Compania Națională de Asigurări în Medicină

Demers

Entitatea

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DENUMIREA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDNO

prin prezenta solicit eliberarea Adeverinței privind radierea informației din SIA
"AOAM" despre persoanele angajate asigurate

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

Semnătura conducătorului

L.Ș.

2

Se completează de către reprezentantul CNAM:

Entitatea

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DENUMIREA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDNO

a fost verificată și statutul persoanelor care au fost angajate a fost dezactivat.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

Semnătura executorului

3

Am primit Adeverința

Semnătura persoanei responsabile