

Formular nr.C-09

Fișa de achitare
a plăților în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală

Nume, Prenume	IDNP
La situația și valabilă pentru data de __ ____ 20__	

Beneficiar: Ministerul Finanțelor;

Codul fiscal: 1006601000037;

Prestatorul beneficiar: Ministerul Finanțelor - Trezoreria de Stat;

Nr. d/o	Denumirea	Cod IBAN	Suma (lei)
1	Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală anul 20__	MD__TRGAAC 122200____0000	
2	Penalitatea pentru neachitarea în termen a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală,	MD__TRGAAC 122200____0000	
3	Amenda pentru neachitarea în termen a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală/neprezentare în termen a Listei de evidență nominală a persoanelor asigurate	MD__TRGAAC 143140____0000	
4	Total		

Executor: _____
Nume, Prenume, Funcția **L.Ș.**

NOTĂ: 1. Codul IBAN va fi generat prin aplicația Generarea codului IBAN pentru încasări de pe adresa <http://mf.gov.md/iban>.

2. Plățile din cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală se achită la orice bancă în baza actului de identitate al persoanei care solicită eliberarea poliței de asigurare/ prezintă Lista de evidență nominală a persoanelor asigurate

3. Penalitatea se va calcula pentru fiecare zi de întârziere după expirarea termenului legal de achitare a primei de asigurare, inclusiv prima și ultima zi.