

Formular nr.C-14



Fideli sănătății tale Fideli sănătății tale Fideli sănătății tale Fideli sănătății tale

ADEVERINȚĂ
privind lipsa statutului de persoană asigurată în cadrul
sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală
nr. _____ din _____ 20__

Compania Națională de Asigurări în Medicină confirmă că cetățeanul

(Numele, Prenumele, IDNP, domiciliul)

(Denumirea Întreprinderii Individuale, IDNO, sediu/seria, număr patenta de întreprinzător)

la situația din __ _____ 20__, **NU ARE** statut de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a Republicii Moldova.

Polița de asigurare obligatorie de asistență medicală nr. _____ nu este valabilă.

Adeverința dată este valabilă pentru 30 zile din data eliberării.

Funcția **AT** _____ a CNAM _____
Semnătura Nume, Prenume
L:Ș

Executor _____
Semnătura

Nume, Prenume

Telefon de contact: _____