

Formular nr.C-06

1

Se completează de către reprezentantul angajatorului

nr. ___ din _____ 201__

Compania Națională de Asigurări în Medicină

Demers

Entitatea

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

DENUMIREA

IDNO _____

prin prezenta solicită: eliberarea duplicatelor polițelor de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru următoarele persoane:

Nr. d/o	Nume, Prenume	IDNP

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

Data

conducătorului

Semnătura

L.Ș.

2

Se completează de către reprezentantul CNAM:

Eliberat duplicat(e) la polițe de asigurare

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

Categoria

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

Data

Semnătura executorului

2

Am primit _____ polițe de asigurare

Semnătura persoanei responsabile