

Formular nr.C-02

Se completează de către beneficiar (reprezentantul împuternicit)/ reprezentantul angajatorului

Compania Națională de Asigurări în Medicină

Subsemnatul (a)

Nume, Prenume

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

IDNP sau seria și numărul actului de identitate pentru persoane fără IDNP

☐ solicit eliberarea:

☐ Adeverinței privind statutul în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

☐ Adeverinței privind lipsa datoriilor la plata primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă;

☐ Adeverinței privind informația disponibilă în SIA "AOAM" referitor la persoanele asigurate angajate

Accept și consimt că datele mele cu caracter personal vor fi procesate de către CNAM.

Destinația Adeverinței este pentru a fi prezentată _____
(denumirea țării/instituției)

Anexă (după caz): _____

Numărul de telefon al beneficiarului/reprezentantului _____

Data _____

Semnătura beneficiarului/ reprezentantului împuternicit

Se completează în cazul în care cererea este depusă de reprezentantul împuternicit:

Nume, Prenume

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

IDNP sau seria și numărul actului de identitate pentru persoane fără IDNP

Se completează de către reprezentantul DRB/SRB a CNAM:

Eliberată Adeverința cu nr.

A	-			-			-			-		
---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

Data _____

Semnătura _____

Am recepționat Adeverința

Semnătura beneficiarului/ reprezentantului împuternicit