ANEXĂ
(Anexa nr. 7/ORDIN Nr. 15/5.1.2018 pub. In MO nr. 31 din 12/01/2018)

ANGAJATOR/CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....

.....

Nr. de înregistrare ..... data .....

ADEVERINŢĂ

Prin prezenta se certifică că dl./d-na. ....., CNP | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |, act de identitate: ....., seria | _ | _ | nr. | _ | _ | _ | _ | _ | _ |, eliberat de ..... la data de ……, cu domiciliul în ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., ap. ....., sect./jud. ....., are calitate de persoană asigurată pentru concedii şi indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, potrivit Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

Prezenta adeverinţă are o perioadă de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii.

Sub sancţiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din adeverinţă sunt corecte şi complete.

Numărul de zile de concediu medical de care persoana asigurată a beneficiat în ultimele 12/24 luni este de ..... zile, până la data de ..... aferente fiecărei afecţiuni în parte, după cum urmează:

Cod de indemnizaţie	Număr zile concediu medical în ultimele 12/24 luni

Reprezentant legal angajator/Preşedinte - director general,

.....