

DECLARAȚIE

1.Numele și prenumele:

2.Codul numeric personal:

3.Adresa:

4.Actul de identitate:

5.Declar pe propria răspundere următoarele:

Sunt asigurat la sistemul de asigurări sociale de sănătate, având calitatea de

Salariat	Da 	Nu
Pensionar	Da 	Nu
Obțin venituri din activități independente (pfa-uri)	Da 	Nu

6.Mă oblig să aduc la cunoștință platitorului de venit, în termen de 3 zile de la apariție, orice modificări intervenite în datele de mai sus.

Semnătura beneficiarului de venit,

Data,