

Către Casa de Asigurări de Sănătate Mureș

Cerere de înregistrare a unui certificat digital pentru cabinetul medicului înlocuit

<b>1. Date de identificare a medicului înlocuitor</b>	
Nume medic	
CNP medic	
Adresa de mail	
Emitent certificat	
Numar serial certificat	
<b>2. Date de identificare a medicului înlocuit</b>	
Cod de identificare fiscală	
Denumire cabinet	
Nume medic	
Perioada de înlocuire	

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele înscrise în acest formular sunt corecte și complete.

Data,

-----

Numele .....

Semnătura .....