

Către,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE VASLUI

A. DATE DE IDENTIFICARE ALE FURNIZORULUI

Cod de identificare fiscală	<input type="text"/>
Denumire	<input type="text"/>
Numar contract cu CAS VS	<input type="text"/>
Adresa	<input type="text"/>

B. DATE DE IDENTIFICARE ALE PERSOANEI PENTRU CARE S-A ELIBERAT CERTIFICATUL DIGITAL

Nume*	<input type="text"/>
Prenume*	<input type="text"/>
CNP*	<input type="text"/>
Adresă e-mail*	<input type="text"/>
Număr Serial Certificat Digital (Serial Number)**	<input type="text"/>
Certificat Digital valabil de la data	<input type="text"/>
Certificat Digital valabil pana la data	<input type="text"/>
Autoritate de Certificare Emitentă	<input type="text"/>

* Se vor completa datele identic cu cele înscrise în certificatul digital.

** Se completează numărul serial al Certificatului Digital fara spații, "-",".", dacă nu reușiți să identificați numărul serial al certificatului calificat vă rugăm să luați legătura cu autoritatea de certificare care v-a eliberat certificatul.

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 privind falsul în declarații din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, că datele înscrise în acest formular sunt corecte și complete.

Nume, Prenume

Funcția

Semnătura digitală