


REPUBLICA MOLDOVA
COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

ORDIN nr. 368-H
din „19” septembrie 2015

*Despre aprobarea formularelor listelor
de evidență nominală a persoanelor
asigurate în sistemul asigurării
obligatorii de asistență medicală*

Întru executarea prevederilor Legii nr.1535-XIII din 27 februarie 1998 “Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală”, Legii nr.1593-XV din 26 decembrie 2002 “Cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală”, Regulamentului privind modul de completare, eliberare și evidență a polițelor de asigurare obligatorie de asistență medicală aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1015 din 05 septembrie 2006 și în temeiul p.29 lit.(e) din Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156 din 11 februarie 2002 și întru asigurarea activității uniforme a subdiviziunilor de relații cu beneficiarii,

ORDON:

1. Se aprobă:
 - 1) Formular nr.2-03/1 "Lista de evidență nominală a persoanelor asigurate angajate" conform anexei nr. 1;
 - 2) Instrucțiunea cu privire la modul de completare și prezentare a Formularului nr.2-03/1, conform anexei nr.2;
 - 3) Formular nr.2-04/1 - “Lista de evidență nominală a persoanelor neangajate asigurate de Guvern” conform anexei nr.3;
 - 4) Instrucțiunea cu privire la modul de completare și prezentare a Formularului nr.2-04/1, conform anexei nr. 4;
 - 5) Formular nr.2-15/f - “Fișa contribuabilului” conform anexei nr.5.
 - 6) Instrucțiunea cu privire la modul de completare și prezentare a Formularului nr.2-15/f, conform anexei nr. 6;
2. Agențiile teritoriale sunt împuternicite să recepționeze, proceseze și completeze formularele aprobate.

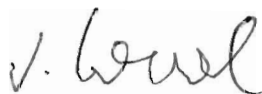
3. Se abrogă Ordinul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 61-A din 08.04.2005 „Despre aprobarea unor formulare tipizate” cu modificările și completările ulterioare.

4. Prin derogare de la pct.3, se permite, până la data de 1 ianuarie 2016, prezentarea listelor de evidență nominală în formatul aprobat prin Ordinul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 61-A din 08.04.2005 „Despre aprobarea unor formulare tipizate” cu modificările și completările ulterioare.

5. Prezentul ordin intră în vigoare la data de 1 septembrie 2015.

6. Controlul executării prevederilor prezentului ordin mi-l asum.

Vicedirector general



Vasile PASCAL

LISTA
de evidență nominală a persoanelor asigurate angajate

la _____
denumirea angajatorului - unității

IDNO/cod fiscal _____

Nr. d/o	Numărul de identificare de stat al persoanei fizice (IDNP) sau seria și numărul actului de identitate provizoriu	Numele, prenumele și patronimicul persoanei	Data, luna, anul nașterii	Statutul persoanei (1 – angajat, 2 – eliberat de la serviciu, 3 – suspendat CIM, 4 - anularea suspendării CIM.	Data atribuirii la categoria indicată în coloana 5
1	2	3	4	5	6

Asiguratul a angajat ___/eliberat ___/suspendat CIM la ___/anulat suspendarea CIM la ___ persoane.

Data prezentării _____ 20__

ASIGURAT

L.Ș.

ASIGURĂTORUL

Compania Națională de Asigurări în Medicină
Agenția teritorială _____

L.Ș.

INSTRUCȚIUNE
de completare și prezentare a Formularului nr.2-03/1 „Lista de evidență nominală a persoanelor asigurate angajate”

1. Prezenta instrucțiune stabilește modul de completare și prezentare a Listei de evidență nominală a persoanelor asigurate angajate – Formularul nr. 2-03/1 (în continuare Formular), care se întocmește pe un formular oficial, aprobat conform anexei nr.1 la prezentul ordin.

2. Obligația de prezentare a Listei de evidență nominală a persoanelor asigurate angajate, conform art. 10 alin. (2) lit. d) și e) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, o are fiecare autoritate a administrației publice centrale și locale, întreprinderile, instituțiile, organizațiile, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, persoanele fizice care desfășoară activitate de întreprinzător, notarii publici, avocații și executorii judecătorești, care folosesc munca salariată a angajaților (în continuare - Angajator).

3. Angajatorii, odată cu angajarea primei persoane în cadrul entității și ulterior la orice angajare, demisie, concediere și/sau alte schimbări survenite în listele de evidență nominală a persoanelor asigurate, prezintă Formularul, până la data de 7 a lunii următoare celei în care a avut loc angajarea persoanei/ schimbările survenite.

4. Neprezentarea în termenul stabilit de legislație a listelor de evidență nominală a persoanelor asigurate angajate, precum și a modificărilor survenite în liste constituie o contravenție și se sancționează conform Codului Contravențional.

5. În liste vor fi incluse numai persoanele salariate încadrate de angajator prin contract individual de muncă (CIM), conform Codului muncii.

6. Formularul se prezintă Agențiilor teritoriale pe suport de hârtie cu aplicarea semnăturii olografe, autentificată cu ștampila Angajatorului sau utilizând metode automatizate de raportare electronică cu aplicarea semnăturii digitale, a Angajatorului/persoanei numită responsabilă de prezentarea Formularului prin ordinul Angajatorului (în continuare –persoană responsabilă).

7. Formularul se completează în limba de stat (în mod electronic în format .xls/format creat de aplicația Formular 2-03/1, disponibilă pe site-ul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM) – www.cnam.md), se prindează pe suport de hârtie în două exemplare: un exemplar al formularului rămâne la Agenția teritorială și unul se restituie angajatorului cu mențiunea agenției despre primire, care constituie drept confirmare a recepționării formularului.

8. Formularul poate fi întocmit și expedit, opțional, prin intermediul canalelor electronice, în format electronic, în regim on-line și cu aplicarea semnăturii digitale și drept confirmare de recepționare este recipisa electronică. În acest caz în Formular se includ doar persoane ce dețin IDNP. Formularul cu persoanele ce nu dețin IDNP se va prezenta doar pe suport de hârtie, în Formular separat.

9. Cerințele de bază la completarea Formularului sunt plenitudinea și veridicitatea datelor înscrise.

10. La prezentarea Formularului nu se admit modificări și corectări. În cazul în care în Formulare sunt depistare greșeli și/sau erori semnificative, Agențiile teritoriale sunt în drept să solicite prezentarea repetată a acestora cu introducerea modificărilor și corectărilor corespunzătoare.

11. Agențiile teritoriale, în baza Formularului prezentat de către Angajator:

- 1) activează/dezactivează/suspendă statutul de persoană asigurată;
- 2) completează, semnează și parafează Formularul;
- 3) restituie un exemplar de Formular semnat și parafat persoanei responsabile a Angajatorului.

12. Persoanele asigurate ce nu dețin polița de asigurare obligatorie de asistență medicală (în continuare – polița de asigurare) din diverse motive pot obține polița de asigurare, la sediul Agențiilor teritoriale sau reprezentanții teritoriali ai acestora, adresându-se personal, prin intermediul reprezentanților legali sau Angajatorului.

13. La completarea Formularului se vor respecta următoarele condiții:

în rîndul **la denumirea angajatorului - unității** se indică denumirea Angajatorului conform actelor de fondare;

în rîndul **IDNO/cod fiscal** se indică codul de identificare/codul fiscal al Angajatorului;

în **coloana 1** se indică numărul de ordine al înscrierii din Formular;

în **coloana 2** se înscrie numărul de identificare de stat al persoanei fizice (IDNP - 13 cifre) înscris în actul de identitate. În cazul persoanelor care renunță la numărul de identificare de stat și la evidența automatizată în Registrul de stat al populației se va indica seria și numărul actului de identitate provizoriu;

în **coloana 3** se introduce numele, prenumele și patronimicul deplin al persoanei fizice, conform actelor ei de identitate;

în **coloana 4** se indică data, luna și anul nașterii a persoanei fizice în format ZZ.LL.AAAA;

în **coloana 5** se indică statutul conform următoarelor condiții:

- 1) cifra 1 se indică în cazul angajării la serviciu;
- 2) cifra 2 se indică în cazul eliberării de la serviciu (demisie, concediere, deces, etc.);

3) cifra 3 se indică în cazurile de suspendare în temei legal a activității Angajatorului, încorporarea în serviciul militar în termen, acordarea concediului neplătit cu o durată mai mare de 60 de zile calendaristice pe parcursul unui an calendaristic, șomaj tehnic, suspendarea contractului individual de muncă din inițiativa salariatului cu excepția cazurilor de aflare în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului pînă la vîrsta de 3 ani și de aflare în concediu pentru îngrijirea unui membru bolnav al familiei cu durata de pînă la un an, conform certificatului medical;

- 4) cifra 4 se indică în cazul anulării situațiilor descrise la cifra 3.

în coloana 6 se indică data, luna anul atribuirii la categoria specificată în coloana 5 în format ZZ.LL.AAAA, care coincide cu data din documentația de evidență a Angajatorului;

în rîndul **Asiguratul a angajat___/eliberat___ /suspendat CIM la___/anulat suspendarea CIM la ___ persoane** se indică numărul total a persoanelor angajate/eliberate/suspendat CIM/anulat suspendarea CIM;

în rîndul **Data prezentării** se indică data, luna și anul prezentării Formularului;

în rubrica **ASIGURAT** se indică adresa juridică a angajatorului - unității, numele și prenumele Angajatorului/persoanei responsabile, telefonul de contact Angajatorului/persoanei responsabile și se aplică semnătura olografă a Angajatorului/ persoanei responsabile, autentificată cu ștampila Angajatorului;

în rubrica **ASIGURĂTORUL Compania Națională de Asigurări în Medicină Agenția teritorială** se indică denumirea Agenției teritoriale, data recepționării Formularului, numele, prenumele persoanei, care a recepționat Formularul, din cadrul Agenției teritoriale/CNAM și se aplică semnătura și ștampila persoanei, care a recepționat Formularul.

LISTA
de evidență nominală a persoanelor neangajate asigurate de Guvern
categoria _____

denumirea categoriei

de la _____
denumirea instituției responsabile de prezentarea listei

IDNO/cod fiscal _____

Nr. d/o	Numărul de identificare de stat al persoanei fizice (IDNP) sau seria și numărul actului de identitate provizoriu	Numele, prenumele, patronimicul persoanei	Data, luna, anul nașterii	Statutul (1 – inclus în categorie, 2 – exclus din categorie)	Data atribuirii la categoria indicată în coloana 5
1	2	3	4	5	6

Instituția a inclus ___/exclus ___ persoane.

Data prezentării _____ 20__

INSTITUȚIA

L.Ș.

ASIGURĂTORUL

Compania Națională de Asigurări în Medicină
Agenția teritorială _____

L.Ș.

INSTRUCȚIUNE

de completare și prezentare a Formularului nr.2-04/l „Lista de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate de Guvern”

1. Prezenta instrucțiune stabilește modul de completare și prezentare a Listei de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate de Guvern – Formularul nr. 2-04/l (în continuare - Formular), care se întocmește pe un formular oficial, aprobat conform anexei nr.3 la prezentul ordin.

2. Obligația de prezentare a Listei de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate de Guvern, conform art. 10 alin. (2) lit. d) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, o au instituțiile Republicii Moldova responsabile de ținerea evidenței nominale a persoanelor neangajate asigurate de Guvern, indicată la art.4 alin.(9) al aceleiași legi (în continuare – Instituții abilitate).

3. Categoriile de persoane asigurate de Guvern sunt stabilite la art. 4, alin 4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu modificările și completările ulterioare.

4. Formularul se completează pentru fiecare categorie de persoane asigurate separat.

5. Instituțiile abilitate, odată cu includerea/ excluderea persoanei din categoriile de persoane asigurate de Guvern, prezintă Formularul, până la data de 7 a lunii următoare celei în care a avut loc includerea/ excluderea persoanei din categoriile de persoane asigurate de Guvern. În liste vor fi incluse numai persoanele asigurate de Guvern.

6. Neprezentarea în termenul stabilit de legislație a listelor de evidență nominală a persoanelor neangajate asigurate de Guvern, precum și a modificărilor survenite în liste constituie o contravenție și se sancționează conform Codului Contravențional.

7. Formularul se prezintă Agențiilor teritoriale pe suport de hârtie cu aplicarea semnăturii olografe a conducătorului instituției abilitate/ persoanei numită responsabilă de prezentarea Formularului prin ordinul conducătorului instituției abilitate (în continuare – persoană responsabilă), autentificată cu ștampila Instituției abilitate sau utilizând metode automatizate de raportare electronică cu aplicarea semnăturii digitale, a conducătorului instituției abilitate/ persoanei responsabile.

8. Formularul se completează în limba de stat (în mod electronic în format .xls/format creat de aplicația Formular 2-04/l, disponibilă pe site-ul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM) – www.cnam.md), se prindează pe suport de hârtie în două exemplare: un exemplar al formularului rămâne la Agenția teritorială și unul se restituie Instituției abilitate cu mențiunea Agenției teritoriale despre primire, care constituie drept confirmare a recepționării formularului.

9. Formularul poate fi întocmit și expedit, opțional, prin intermediul canalelor electronice, în format electronic, în regim on-line și cu aplicarea semnăturii

digitale și drept confirmare de recepționare este recipisa electronică. În acest caz în Formular se includ doar persoane ce dețin IDNP. Formularul cu persoanele ce nu dețin IDNP se vor prezenta doar pe suport de hârtie, în Formular separat.

10. Cerințele de bază la completarea Formularului sunt plenitudinea și veridicitatea datelor înscrise.

11. La prezentarea Formularului nu se admit modificări și corectări. În cazul în care în Formulare sunt depistate greșeli și/sau erori semnificative, Agențiile teritoriale sunt în drept să solicite prezentarea repetată a acestora cu introducerea modificărilor și corectărilor corespunzătoare.

12. Agențiile teritoriale, în baza Formularului prezentat de către Instituția abilitată:

- 1) activează/dezactivează statutul de persoană asigurată;
- 2) completează, semnează și parafează Formularul;
- 3) restituie un exemplar de Formular semnat și parafat persoanei responsabile a Instituției abilitate.

13. Persoanele asigurate ce nu dețin polița de asigurare obligatorie de asistență medicală (în continuare – polița de asigurare) din diverse motive pot obține polița de asigurare la sediul Agențiilor teritoriale sau reprezentanții teritoriali ai acestora, adresându-se personal sau prin intermediul reprezentanților legali.

14. La completarea Formularului se vor respecta următoarele condiții:

în rîndul **Categoria** se va indica una din următoarele categorii conform competenței Instituției abilitate:

- 1) copiii de vîrstă preșcolară;
- 2) elevii din învățămîntul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultură generală;
- 3) elevii din învățămîntul secundar profesional;
- 4) elevii din învățămîntul mediu de specialitate (colegii) cu învățămînt de zi;
- 5) studenții din învățămîntul superior universitar cu învățămînt de zi,
- 6) rezidenții învățămîntului postuniversitar obligatoriu la cursuri de zi;
- 7) doctoranzii la cursuri de zi
- 8) masteranzii la cursuri de zi;
- 9) copiii neîncadrați la învățătură până la împlinirea vârstei de 18 ani;
- 10) gravide, parturiente și lăuze;
- 11) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;
- 12) pensionari;
- 13) șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;
- 14) persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;
- 15) mame cu patru și mai mulți copii;
- 16) persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social.
- 17) străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia.

18) cetățeni Republicii Moldova domiciliați în localitățile din stânga Nistrului (Transnistria) din categoriile pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul;

în rîndul **de la denumirea instituției responsabile de prezentarea listei** se indică denumirea Instituției abilitate conform actelor de constituire;

în rîndul **IDNO/cod fiscal** se indică codul de identificare/codul fiscal al Instituției abilitate;

în **coloana 1** se indică numărul de ordine al înscrierii din Formular;

în **coloana 2** se înscrie numărul de identificare de stat al persoanei fizice (IDNP - 13 cifre) înscris în actul de identitate. În cazul persoanelor care renunță la numărul de identificare de stat și la evidența automatizată în Registrul de stat al populației se va indica seria și numărul actului de identitate provizoriu;

în **coloana 3** se indică numele, prenumele și patronimic deplin al persoanei fizice, conform actelor ei de identitate;

în **coloana 4** se indică data, luna și anul nașterii a persoanei fizice în format ZZ.LL.AAAA;

în **coloana 5** se indică statutul conform următoarelor condiții:

1) cifra 1 se indică în cazul includerii persoanei în categoria de persoane neangajate asigurate de Guvern;

2) cifra 2 se indică în cazul excluderii persoanei din categoria de persoane neangajate, asigurate de Guvern (pierderii statutului, finisarea studiilor, deces etc.);

în **coloana 6** se indică data, luna anul atribuirii la categoria din coloana 5 în format ZZ.LL.AAAA, care coincide cu data din documentația de evidență a Instituției abilitate;

în rîndul **Instituția a inclus ___/exclus ___ persoane** se indică numărul total a persoanelor incluse/excluse din categoria de persoane neangajate, asigurate de Guvern;

în rîndul **Data prezentării** se indică data, luna și anul prezentării Formularului;

în rubrica **INSTITUȚIA** se indică adresa juridică a instituției responsabile de prezentarea listei, numele și prenumele conducătorul Instituției abilitate/ persoanei responsabile, telefonul de contact a conducătorul Instituției abilitate/ persoanei responsabile și se aplică semnătura olografă a conducătorul Instituției abilitate/ persoanei responsabile, autentificată cu ștampila Instituției abilitate;

în rubrica **ASIGURĂTORUL Compania Națională de Asigurări în Medicină Agenția teritorială** se indică denumirea Agenției teritoriale, data recepționării Formularului, numele, prenumele persoanei, care a recepționat Formularul, din cadrul Agenției teritoriale/CNAM și se aplică semnătura și ștampila persoanei, care a recepționat Formularul.

Formular nr.2-15/f

FIȘA CONTRIBUABILULUI

(întreprinderi, instituții, organizații și persoane fizice, altele decât cele înregistrate de către organul înregistrării de stat, notari publici, executori judecătorești și avocați)

КАРТОЧКА ПЛАТЕЛЬЩИКА

(предприятия, учреждения, организации и физического лица, исключая зарегистрированные органом государственной регистрации, публичных нотариусов, судебных исполнителей и адвокатов)

1.IDNO/IDNO | _____
Регистрационный номер в Регистрационной Палате

2.Data înregistrării | _____
Дата регистрации

3.Codul fiscal | _____
/Фискальный код

4.Codul CUATM | _____
Код КАТЕМ

5. Denumirea contribuabilului (completă) _____
Наименование плательщика (полное)

6. Denumirea abreviată _____
Сокращенное наименование

7.Adresa juridică / Адрес юридический

Index _____	Orașul, satul / _____		
Индекс	Город, село		
Raionul (Sectorul) _____			
/ Район (сектор)			
Municipiul _____			
/ Муниципий			
Strada _____	Nr. casei _____	Bloc _____	Apartament _____
Улица	№ дома	Корпус	Квартира
Tel.: Anticamera / Приемная _____	Contabilitate / Бухгалтерия _____		
Fax / Факс _____	E-mail: _____		

8. Datele bancare / Банковские данные

Codul de decontare _____	Cod bancar _____
Расчетный счет	Код банка
Denumirea băncii / _____	
Наименование банка	

9.Forma de proprietate (CFP) | _____ Cod | _____
Форма собственности (КФС) Код

10.Forma organizatorico-juridică(CFOJ) | _____ Cod | _____
Организационно-правовая форма (КОПФ) Код

11.NPP conducătorului | _____
ФИО руководителя

12.IDNP conducătorului _____ Semnătura conducătorului _____
IDNP руководителя Подпись руководителя

13.NPP contabilului | _____ Semnătura contabilului _____
ИО бухгалтера Подпись бухгалтера

14.Data completării / Дата заполнения | _____ L.Ș. / М.П.

15. RECIPIȘĂ

Număr de înregistrare la CNAM / Номер регистрации в НМСК | _____
Data și semnătura responsabilului CNAM / Дата и подпись ответственного НМСК _____

INSTRUCȚIUNE
de completare și prezentare a Formularului nr.2-15/f
„FIȘA CONTRIBUABILULUI”

1. Prezenta instrucțiune stabilește modul de completare și prezentare a Formularul nr.2-15/f „FIȘA CONTRIBUABILULUI” (în continuare - Formular), care se întocmește pe un formular oficial, aprobat conform anexei nr.5 la prezentul ordin

2. Obligația de prezentare a Formularului, conform art. 10 alin. (2) lit. a) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27.02.98, o au unitățile și persoane fizice, altele decât cele înregistrate de către organul înregistrării de stat, notari publici, executori judecătorești și avocați (în continuare – Contribuabili) în termen de o lună de la data obținerii certificatului de înregistrare, a licenței de notar, de executor judecătoresc sau de avocat.

3. Formularul se completează în limba de stat, citeț, cu litere de tipar/mod electronic. care se printează, se semnează de către conducătorul și contabilul Contribuabilului (după caz).

4. Formularul se prezintă Agențiilor teritoriale, pe suport de hârtie, cu aplicarea semnăturilor olografe a conducătorului și contabilului (după caz), autenticată cu ștampila Contribuabilului.

5. Agențiile teritoriale, în baza Formularului prezentat de către Contribuabili:

1) Introduce datele Contribuabilului în Sistemul Informațional Automatizat „Asigurarea Obligatorie de Asistență Medicală”;

2) Completează și înmânează Recipisa, semnată și parafată, Contribuabilului.

6. La completarea Formularului se vor respecta următoarele condiții:

Pct. 1 - se indică codul de identificare (IDNO) al Contribuabilului (după caz);

Pct. 2 - se indică data înregistrării Contribuabilului la organul de înregistrare de stat (conform competenței);

Pct. 3 - se indică codul fiscal al Contribuabilului (după caz);

Pct. 4 - se indică codul CUATM al Contribuabilului;

Pct. 5 - se indică denumirea completă al Contribuabilului;

Pct. 6 - se indică denumirea abreviată al Contribuabilului;

Pct. 7 - se indică adresa juridică al Contribuabilului;

Pct. 8 - se indică datele bancare ale Contribuabilului

Pct. 9 - se indică forma de proprietate și codul Contribuabilului

Pct. 10 - se indică forma organizator-juridică și codul Contribuabilului;

Pct. 11 - se indică Numele, Prenumele, Patronimicul Contribuabilului/
conducătorului Contribuabilului(după caz);

Pct. 12 - se indică numărul de identitate de stat (IDNP) și se aplică semnătura Contribuabilului/conducătorului Contribuabilului(după caz);

Pct. 13 - se indică Numele, Prenumele, Patronimicul și se aplică semnătura contabilului Contribuabilului(după caz);

Pct. 14 - se indică data, luna anul depunerii fișei de către Contribuabil, în format ZZ.LL.AAAA;

Pct. 15 - se indică numărul de înregistrare compus din 3 compartimente separate între ele prin „-” (cratimă),

ex: 01-10-01012015 unde:

01 este codul CNAM/Agenției;

10 este codul specialistului format din 2 cifre, atribuit conform ștampilei personale;

01012015 este data, luna și anul înregistrării Contribuabilului, în format ZZ.LL.AAAA.