



**ADEVERINȚĂ**  
**privind achitarea primei de asigurare obligatorie de**  
**asistență medicală în sumă fixă**  
nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_ 20\_\_

Compania Națională de Asigurări în Medicină confirmă că  
dl/dna \_\_\_\_\_  
(Numele, Prenumele, IDNP, domiciliul)

(Denumirea întreprinderii Individuale, IDNO/seria, număr patenta de întreprinzător, etc.)

a/(nu a) achitat prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă pentru  
anul/anii 20\_\_ – 20\_\_.

Termenul legal de achitare a primei de asigurare în sumă fixă pentru anul curent  
de gestiune 20\_\_ expiră la data de \_\_\_\_\_.20\_\_ și suma primei de asigurare  
constituie \_\_\_\_\_ lei \_\_\_\_\_ bani.  
Suma în litere

Prezenta adeverință este eliberată pentru a fi prezentată \_\_\_\_\_  
(Destinația indicată în cerere)  
și este valabilă pentru 30 zile din data eliberării.

\_\_\_\_\_ **AT** \_\_\_\_\_ **a CNAM** \_\_\_\_\_  
Funcția Semnătura Nume, Prenume  
L:§

Ex: \_\_\_\_\_  
Nume, Prenume, Semnătura

Tel: \_\_\_\_\_