

Agenției Teritoriale _____
a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină

C E R E R E

de solicitare a autorizației pentru prezentarea formularelor
2-03/1 „Lista de evidență nominală a persoanelor asigurate angajate”
și 2-04/1 „Lista de evidență nominală a persoanelor neangajate asigurate din contul statului” la
CNAM prin SIA „e-CNAM”

Nr. _____ din _____

_____ solicită: acordarea, anularea
(denumirea angajatorului/instituției)
autorizației de prezentare a formularelor în SIA „E-CNAM” la CNAM.

Datele persoanei responsabile de prezentarea formularelor, care activează în calitate de: _____

Numele utilizatorului/Login _____

Nume/Prenume/ _____

IDNP _____

E-mail _____ Telefon _____

Datele angajatorului / instituției:

Denumirea _____

IDNO/ Cod fiscal _____

Adresa juridică _____

E-mail _____ Telefon _____

Datele conducătorului:

Nume/Prenume _____

IDNP _____

Semnătura reprezentantului _____
(nume, prenume, semnătura)

Semnătura conducătorului _____
(nume, prenume, semnătura)

L.Ș.

Se completează de către reprezentantul Agenției teritoriale a CNAM:

Nr. de înregistrare la AT a CNAM _____

Data înregistrării _____

Semnătura reprezentantului AT a CNAM _____