# ***CAS DÂMBOVIŢA***

CASA JUDETEANA DE ASIGURARI DE SANATATE

**D A M B O V I T A** \_

# Str. Libertatii C2-C3 Cod 0200 Târgoviste

Tel. 045/214045 Fax 045/634344

**CĂTRE,**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE DAMBOVITA**

**CERERE PENTRU UTILIZAREA UNUI CERTIFICAT DIGITAL CALIFICAT**

1. **DATE DE IDENTIFICARE ALE FURNIZORULUI**

|  |  |
| --- | --- |
| Cod de identificare fiscală |  |
| Denumire |  |
| Număr contract cu CAS DB |  |
| Adresa |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nume\* |  |
| Prenume\* |  |
| CNP\* |  |
| Adresă e-mail\* |  |
| Număr Serial Certificat Digital (Serial Number)\*\* |  |
| Valabilitate Certificat Digital (data inceput …) |  |
| Autoritate de Certificare Emitentă |  |

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

\*\* Se completează numarul serial al Certificatului Digital fara spaţii ,”-“ ,“:” , dacă nu reuşiţi să identificaţi numărul serial al certificatului calificat vă rugăm să luaţi legătura cu autoritatea de certificare care v-a eliberat certificatul.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data  |  |  | Semnătura şi ştampila |
| Nume, Prenume  |  |  | se vor aplica la ridicarea conventiei !! |
| Funcţia  |  |  |