ANEXA

UNITATEA .....
Str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ...,
ap. ...., sectorul/judeţul .....
Codul fiscal .....
Contul .....
Trezoreria/Banca .....
Nr. ...../.....

*CENTRALIZATOR**)*
privind certificatele de concediu medical aferent lunii/lunilor .....

Nr. Crt.	*Numele si Prenumele asiguratului*	*CNP asigurat*	*CNP*) copil*	*Seria si numarul certificatului de concediu medical*	*Seria si numarul certificatului de concediu medical initial*	*Codul indemnizatiei*

Ne asumăm răspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus.

*) Se înscrie CNP copil pentru certificatele de concediu medical care au codul de indemnizaţie 09 sau 91, după caz.

Director,
(Administrator)
.....

Director economic,
.....

**) Durată estimată completare formular – 2 - 7 min.
Motivul colectării informaţiei: gestionarea certificatelor de concediu medical aferent lunii/lunilor.....