ANEXA 3

**DECLARAŢIE**

Subsemnatul (a) ...................………………………………......................... având CNP…………........................................................ domiciliat(ă) în localitatea…….........................................strada.......................................................nr. ......., bl. ........, sc. .........., et. ......., apt. …..., sector/judeţ .................................

declar pe proprie răspundere, cunoscând prevederile art.326 Cod Penal cu privire la falsul în declaraţii, că am fost imputernicita de numitul (a) ...................………………………………......................... având CNP…………........................................................ domiciliat(ă) în localitatea…….........................................strada.......................................................nr. ......., bl. ........, sc. .........., et. ......., apt. …..., sector/judeţ .................................

pentru:

|  |
| --- |
|  |

a depune documentele pentru eliberarea adeverintei de asigurat

|  |
| --- |
|  |

a ridica adeverinta de asigurat.

***CASMB respectă prevederile Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date***

Semnătura Data