

**CĂTRE,  
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CARAȘ-SEVERIN**

**CERERE PENTRU UTILIZAREA UNUI CERTIFICAT DIGITAL CALIFICAT**

**A. DATE DE IDENTIFICARE ALE FURNIZORULUI**

Cod de identificare fiscală	
Denumire	
Numar contract cu CAS CS	
Adresa	

**B. 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 început ...)	
Autoritate de Certificare Emitentă	

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

\*\* Se completează numărul serial al Certificatului Digital fara spații ,”-“ ,“.”, dacă nu reușiți să identificați numărul serial al certificatului calificat vă rugăm să luați legătura cu autoritatea de certificare care v-a eliberat certificatul.

---

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

Data	
Nume, Prenume	
Funcția	

Semnătura și ștampila se vor aplica la ridicarea convenției !!
--