

**CĂTRE,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE TIMIȘ**

CERERE PENTRU UTILIZAREA UNUI CERTIFICAT DIGITAL CALIFICAT

1 DATE DE IDENTIFICARE ALE FURNIZORULUI

Cod de identificare fiscală:
Denumire:
Nr contract cu CASTM:
Adresa:
Telefon:

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

Nume*:
Prenume*:
CNP*:
Adresa de email*:
Numar Serial Certificat Digital (Serial Number)**:
Autoritate de Certificare Emitenta
Perioadă de valabilitate certificat digital De la: Până la:
Solicite generarea unei serii de licență***

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

** Se completează numărul serial al certificatului digital fără spații, -, :. Dacă nu reușiți să identificați numărul serial al certificatului vă rugăm să luați legătura cu autoritatea de certificare care v-a eliberat certificatul.

*** Se va bifa pentru a solicita seria de licență pentru furnizorii **noi intrați** în relație contractuală cu CAS Timiș.

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

Data

Nume, Prenume

Funcția

Semnătura*

--

*chenarul predestinat se va folosi atât pentru semnătură digitală / olografă!

Readere suportate: Adobe Reader