

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

**CERERE PENTRU UTILIZAREA UNUI CERTIFICAT DIGITAL CALIFICAT**

**A. DATE DE IDENTIFICARE ALE FURNIZORULUI**

<b>Cod de identificare fiscală*</b>	
<b>Denumire</b>	
<b>Număr contract cu CAS TM</b>	
<b>Adresa</b>	
<b>Telefon</b>	

\*CIF-ul se va completa fără atributul fiscal "RO".

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

<b>Nume*</b>				
<b>Prenume*</b>				
<b>CNP*</b>				
<b>Adresă e-mail*</b>				
<b>Număr Serial Certificat Digital (Serial Number)**</b>				
<b>Autoritate de Certificare Emitentă</b>				
<b>Data valabilității certificatului digital</b>	<b>De la:</b>		<b>Până la:</b>	
<b>Generare serie de licență***</b>	<b>DA</b>		<b>NU</b>	

\* 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.

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

---

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

<b>Data</b>	
<b>Nume, Prenume</b>	
<b>Funcția</b>	

Semnătura  
se va aplica la ridicarea  
convenției !!