

Declaratie

pe propria raspundere privind apartenenta la o casa de sanatate

Subsemnatul/a....., având CNP.....,
salariatul/a Universității din Oradea (normă de bază/plata cu ora), declar pe
proprie răspundere ca sunt înscris la Casa de Asigurări de Sănătate a
județului.....

Data:

Semnatura: