

Nr. din ziua , luna , anul

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE
privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale

1. DATE DE IDENTIFICARE :

S.C. :	<input type="text"/>																										
Localitatea:	<input type="text"/>																										
Strada:	<input type="text"/>																		Nr.	<input type="text"/>							
Sector:	<input type="text"/>	Județ:	<input type="text"/>																		Cod Poștal:	<input type="text"/>					
Telefon:	<input type="text"/>												Fax:	<input type="text"/>													
E-mail:	<input type="text"/>																										
Numele și prenumele (administratorului / directorului general)	<input type="text"/>																										
Nr. în reg. Reg. Comerțului:	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			Cod fiscal:	<input type="text"/>																
Cont bancar:	<input type="text"/>																										
Banca:	<input type="text"/>																										

2. ACTIVITĂȚI DESFĂȘURATE ÎN CADRUL SOCIETĂȚII :

Se vor nominaliza toate activitățile cu personal angajat în ordinea nr. de persoane din societate			
	Cod CAEN	Nr. persoane (P)	% din total P
2.1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
2.2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
2.3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
2.4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/> %
T O T A L			100 %

Sub sancțiunile aplicate falsului în acte publice, declar că am examinat această declarație și în conformitate cu informațiile furnizate, o declar corectă și completă.

Numele _____ Prenumele _____

Data _____ Funcția **) _____

Semnătura și ștampila
