Nr. |_|_|_|_| din ziua |_|_| luna |_|_| anul |_|_|_|_|

DECLARATIE PE PROPRIA RASPUNDERE

privind asigurarea pentru accidente de munca si boli profesionale

1. DATE DE IDENTIFICARE:

S.C. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Localitatea: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Strada: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nr. |_|_|_|_|

Sector: |_|_| Judeţ: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Cod Poştal: |_|_|_|_|_|_|

Telefon: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E_mail: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numele şi prenumele |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(administratorul / directorul general)

Nr.Înreg. Reg. Comerţului: |_|_|_|/|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_| Cod fiscal : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cont Bancar:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Banca: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. ACTIVITATI DESFASURATE IN CADRUL SOCIETATII:

Se vor nominaliza toate activităţile cu personal angajat în ordinea nr. de persoane dinsocietate	Cod CAEN	Nr. persoane(P)	% din total P
2.1 _____	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|,|_|_|
2.2 _____	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|,|_|_|
2.3 _____	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|,|_|_|
2.4 _____	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|,|_|_|
Total	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|	|1|0|0|%

Sub sancţiunile aplicate falsului în acte publice, declar că am examinat aceasta declaraţie şi în conformitate cu informaţiile furnizate, o declar corectă şi completă.

Numele _____ Prenumele _____

Data _____ Funcţia**) _____

Semnătura şi ştampila

_____