ANEXĂ

Către Casa de Asigurări de Sănătate .....
Adresa .....
Data .....

CERERE
de eliberare a cardului european duplicat

1. Numele:

2. Prenumele:

3. ☐ CNP/☐ CID:

4. Telefon

5. Interval orar*)

6.**) Solicit eliberarea cardului european duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:

Motivul solicitării cardului european duplicat:

a) ☐ Pierdere; b) ☐ Furt; c) ☐ Deteriorare;

d) ☐ Modificări ale datelor personale (menționați numărul cardului mai jos):

e) ☐ Alte situații justificate:

Data

.....

Semnătura

*) Se va trece intervalul orar în care persoana estimează că va fi prezentă la adresa indicată pentru a primi cardul european de asigurări sociale de sănătate.

**) La pct. 6 bifați o singură opțiune.

Pentru situațiile de la lit. a), b), c) și e), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat.

Pentru situațiile de la lit. d), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat și cardul european emis inițial.