Catre,

Casa de Asigurari de Sanatate Maramures

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_\_\_\_, judetul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in calitate de parinte al minorului (ei) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Va rog sa-mi eliberati formularul **S2 (E112)** pentru a ne folosi in statul membru UE / SEE / Elvetia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in perioada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Anexez prezentei urmatoarele inscrisuri:

* copia cartii de identitate a subsemnatului seria \_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberata la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de catre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* certificatul de nastere al copilului seria \_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de catre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* dosarul medical: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(bilete de externare, scrisori medicale, alte asemenea)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* raportul medical intocmit la nivelul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(clinica universitara / spitalul judetean)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, avizat de catre medicul-sef al CAS Maramures;

* confirmarea din partea spitalului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(din statul membru UE / SEE / Elvetia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, din care rezulta disponibilitatea acestuia de a acorda serviciile medicale in baza formularului S2 (E112), precum si perioada acordarii acestor servicii (in copie si tradusa in limba romana la traducator autorizat).

Raportat la dispozitiile Regulamentului Parlamentului European si al Consiliului Uniunii Europene nr. 679 / 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei 95 / 46 / CE (Regulamentul general privind protectia datelor), imi exprim acordul scris cu privire la colectarea, prelucrarea si stocarea datelor cu caracter personal cuprinse in formularul solicitat.

Solicit comunicarea formularului prin inmanare (tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) / prin posta, la adresa de domiciliu.

Data Semnatura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_