CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE BIHOR

CERERE

de eliberare a adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate

Subsemnatul(a), ..., născut(ă) la data de ....., în localitatea ....., domiciliat(ă) în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ..., ap. ..., sectorul/județul ....., posesor/posesoare al/a BI/CI seria .... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la data de ....., cod numeric personal ....., având codul de identificare al asiguratului (CID) .....,

declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că refuz în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate cu numărul de identificare:

și solicit eliberarea adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni.

☐ Depun cardul național de asigurări sociale de sănătate.

☐ Declar că am returnat cardul național de asigurări sociale de sănătate Casei de Asigurări de Sănătate ...../Casei Naționale de Asigurări de Sănătate anterior prezentei cereri.

* Prin punerea la dispoziție a datelor cu caracter personal în prezentul înscris sunt de acord cu prelucrarea acestora în scopul vizat de obiectul cererii, în conformitate cu prevederile art. 9 alin.(2) lit.(a) din Regulamentul (UE)2016/679, cunoscând faptul că CAS Bihor este operator de date cu caracter personal. Am luat la cunostintă că datele cu caracter personal din prezenta declaratie vor fi utilizate de CAS Bihor pentru îndeplinirea obligatiilor legale conferite de Legea 95/2006 cu modificări si completări ulterioare

Data

.....

Semnătura

.....