CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE BIHOR

CERERE
de eliberare a cardului duplicat

1. Numele:

2. Prenumele:

3. |_| CNP/|_| CID:

4. Solicit eliberarea cardului duplicat şi declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, următoarele:

Motivul solicitării cardului duplicat:

a) |_| Pierdere; b) |_| Furt; c) |_| Deteriorare;

d) |_| Modificări ale datelor personale (menţionaţi numărul cardului mai jos):

e) |_| Alte situaţii justificate:

sau

5. Solicit eliberarea cardului duplicat pentru:

|_| Defecţiuni tehnice, erori ale informaţiilor înscrise sau cardul nu poate fi utilizat din motive tehnice de funcţionare (menţionaţi numărul cardului mai jos)

Data
.....

Semnătura

* Prin punerea la dispoziţie 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 cunoştinţă că datele cu caracter personal din prezenta declaraţie vor fi utilizate de CAS Bihor pentru îndeplinirea obligaţiilor legale conferite de Legea 95/2006 cu modificări şi completări ulterioare

Depunerea cererii se va face însoţită de o copie a actului de identitate. La pct. 4 bifaţi o singură opţiune.

Timp mediu de completare formular 3-5 minute