

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
BISTRITA-NASAUD

CERERE
de eliberare a cardului duplicat

1. Numele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Prenumele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. CNP/ CID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Solicit eliberarea cardului duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:
Motivul solicitării cardului duplicat:

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

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e) Alte situații justificate:

sau

5. Solicit eliberarea cardului duplicat pentru:

Defecțiuni tehnice, erori ale informațiilor înscrise sau cardul nu poate fi utilizat din motive tehnice de funcționare (menționați numărul cardului mai jos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

.....

Semnătura

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Depunerea cererii se va face însoțită de o copie a actului de identitate. La pct. 4 bifați o singură opțiune.

Nr. Telefon _____

CAS BN, în calitate de operator de date cu caracter personal, respecta prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și reglementările în vigoare în materie de protecția datelor cu caracter personal.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor, conform prevederilor Regulamentului (UE) 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice.

Semnătura _____