



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI BUZAU

Str. Crizantemelor nr. 18, Buzau., cod postal: 120203

Tel.: 0238/717834; Fax: 0238/724108

E-mail: office@casbz.ro

Pagina Web: Http://www.casbz.ro

Operator date cu caracter personal nr. 263

CERERE PENTRU ELIBERAREA CERTIFICATELOR DE CONCEDIU MEDICAL PENTRU INSOTITORII PACIENTILOR CU AFECTIUNI ONCOLOGICE CARE AU BENEFICIAT DE TRATAMENT ACORDAT IN ALT STAT

Subsemnatul(a)..... domiciliat(a) in
localitatea str. nr.
bl., sc., et., ap., judetul legitimat prin
BI/CI/Certificat de inregistrare/Permis de sedere/Pasaport (conform copiei anexate) seria
numarul.....CNP (Cod numeric personal)
prin prezenta solicit eliberarea certificatelor de **concediu medical pentru ingrijirea pacientului cu
afectiuni oncologice** pentru perioada

Cunoscand prevederile art.326 din Codul penal privind falsul in declaratii, declar ca in aceasta
perioada am insotit **pacientul(a) oncologic(a)**
cu CNP (conform copiei BI/CI/Certificat de inregistrare/Permis de sedere/Pasaport
anexate) la tratament in statul si
m-am intors in tara la data de.....

La prezenta cerere, depun urmatoarele documente:

adeverinta de la locul de munca (modelul tip pentru concedii medicale, prevazut in *Ordinul MS/CNAS nr 15/1311/2018 cu modificarile si completarile ulterioare*) eliberata de un angajator care depune la CAS Buzau *declaratia privind obligatiile de plata a contributiilor sociale, impozitul pe venit si evidenta nominala a persoanelor asigurate;*

contractul incheiat cu CAS Buzau pentru concedii si indemnizatii de asigurari sociale de sanatate nr din data de

acordul pacientului cu afectiuni oncologice (model prevazut in *Ordinul MS/CNAS nr 15/1311/2018 cu modificarile si completarile ulterioare*);

actele doveditoare, eliberate de unitatea medicala din statul in care pacientul oncologic a beneficiat de tratament, traduse si autentificate;

copie **BI/CI/Certificat de inregistrare/Permis de sedere/Pasaport;**

copie **BI/CI/Certificat de inregistrare/Permis de sedere/Pasaport al pacientului oncologic;**

Depunerea documentelor la CAS Buzau si ridicarea certificatelor de concediu medical vor fi realizate de domnul/doamna
domiciliat(a) in localitatea.....str.
nr., bl., sc., et., ap., judetul
legitimat prin BI/CI/Certificat de inregistrare/Permis de sedere/Pasaport (conform copiei anexate) seria
numarul CNP

In calitate de:

membru de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica)

persoana imputernicita de asigurat (conform imputernicirii autentificata notarial anexata).

Date de contact asigurat (beneficiar al concediilor medicale):

Telefon

E-mail.....



Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de catre CAS Buzau, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 si a reglementarilor interne in vigoare, in scopul asigurarii functionarii sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Numele si prenumele asiguratului (beneficiar al concediilor medicale):

Data

Semnatura

Numele si prenumele persoanei imputernicite

membru de familie (parinte, sot/sotie, fiu/fiica)

persoana imputernicita de asigurat (conform imputernicirii autentificata notarial anexata).

Semnatura