

## DOMNUL PREȘEDINTE – DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,  
cu domiciliul în municipiul \_\_\_\_\_, sat \_\_\_\_\_,  
com. \_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_, etajul \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, telefon  
\_\_\_\_\_, BI/CI seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
CNP \_\_\_\_\_, în calitate\* de:

- beneficiar
- părintele copilului minor
- persoană împuternicită
- reprezentantul legal al beneficiarului

Vă solicit să aprobați rambursarea cheltuielilor/emiterea/validarea formularului \_\_\_\_\_, pentru:

Numele și prenumele beneficiarului: \_\_\_\_\_

Codul numeric personal (CNP): \_\_\_\_\_

Formularul solicitat îmi este necesar în statul membru UE \_\_\_\_\_

Anexez următoarele documente:

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

Data: \_\_\_\_\_ Semnătura solicitantului: \_\_\_\_\_

### NOTĂ

\*În cazul în care beneficiarul se află în imposibilitatea de a depune cererea în nume propriu, solicitantul va depune o copie după actul său de identitate și o procură notarială/delegație reprezentant legal.

Domnului Președinte – Director General al  
Casei Judetene de Asigurări de Sănătate BUZAU