

Nr. ....Data .....

Către,  
**Casa de Asigurări de Sănătate CONSTANȚA**

**CERERE**

eliberare adeverință din care rezultă calitatea de asigurat(ă)

Subsemnatul(a) ....., CNP .....,  
cu domiciliul in localitatea ....., jud. ....,  
str. ...., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....,  
telefon ....., email .....

In conformitate cu dispozitiile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, formulez prezenta **cerere** prin care solicit **eliberarea unei adeverințe din care sa rezulte faptul ca sunt asigurat(ă)** in sistemul de asigurari sociale de sanatate din Romania si beneficiez de pachetul de servicii medicale de baza.

In situația în care intervin modificari privind datele de identificare sau conditiile de dobandire a calitatii de asigurat, respectiv de beneficiar al pachetului de servicii medicale de baza, ma oblig ca in termen de 15 zile, sa anunt casa de asigurari de care apartin si medicul de familie.

Data: .....

Semnatura

.....

Domnului Președinte - Director general al C.A.S. Constanța