

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

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

### **CERERE**

pentru înregistrarea/actualizarea calității de asigurat

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

În conformitate cu dispozițiile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, formulez prezenta **cerere** prin care solicit **înregistrarea/actualizarea calității de asigurat** în baza de date a CAS Constanta, conform documentelor pe care le anexez la prezenta.

În situația în care intervin modificări privind datele de identificare sau condițiile de dobândire a calitatii de asigurat, respectiv de beneficiar al pachetului de servicii medicale de baza, ma oblig ca în termen de 15 zile, să anunț casa de asigurări de care aparțin și medicul de familie.

Data: .....

Semnatura

.....

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