**CERERE TIP PENTRU ELIBERARE FORMULAR E 112/S2**

**Catre,**

**Conducerea CAS CONSTANTA**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul în loc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_,etajul\_\_\_\_,apartamentul\_\_\_,Jud.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BI/CIseria\_\_\_\_,nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate\*de:

* beneficiar
* părinte (nume/prenume copil): ..............................................................CNP copil.........................
* persoană împuternicită
* reprezentantul legal

al **Beneficiarului**\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul în loc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_,etajul\_\_\_\_,apartamentul\_\_\_,Jud.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BI/CIseria\_\_\_\_,nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

avand diagnosticul ....................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Va rog sa-mi eliberati formularul E 112/S2 pentru prestatii de boala-maternitate:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………

(SE PRECIZEAZA UNITATEA SANITARA STRAINA SI PROCEDURA TERAPEUTICA SOLICITATA; NUMAI ACEASTA FACE OBIECTUL ANALIZEI PREZENTEI CERERI)

Perioada de internare este de la data: .......................pana la data..............

Mentionez ca la dosar anexez urmatoarele documente:

1. copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de nastere, dupa caz, calitatea de asigurat;

2. dosarul medical, care va contine, pe langa inscrisuri medicale, raportul medical din care sa rezulte diagnosticul, precum si recomandarea medicala pentru efectuarea tratamentului;

3. confirmare scrisa din partea unitatii sanitare din statul membru al Uniunii Europene sau al Spatiului Economic European in care se intentioneaza efectuarea serviciului medical, cu privire la disponibilitatea acesteia de a acorda respectivul serviciu medical, in baza formularului E 112/S2, in perioada indicata de persoana solicitanta, pe baza recomandarii medicului curant care intocmeste raportul medical.

***Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASA DE ASIGURARI DE SANATATE CONSTANTA in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate****.*

***□ DA □ NU***

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura beneficiarului/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 şi o procură notarială/delegaţie reprezentant legal.

\*\* se completează doar în cazul în care cererea nu se depune direct de către beneficiar