

Nr. înregistrare cerere: ..... Nr. chitanță ..... Data .....

(se completează de către C.A.S. Constanța)

## CERERE

pentru eliberarea **Cardului European DUPLICAT**

Către,

**Casa de Asigurări de Sănătate Constanța**

Adresa: Bd. Mamaia, Nr. 57, Constanța

**domnului Președinte - Director General,**

Prin prezenta formulez o cerere prin care solicit să îmi fie eliberat **duplicatul cardului european** de asigurări sociale de sănătate la adresa mai jos menționată.

Declar pe propria răspundere cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații că motivul pentru care solicit cardul european duplicat este :

- Pierdere**
- Furt**
- Deteriorare**
- Modificări ale datelor personale**
- Alte situații justificate** .....

Înțeleg că în situația în care beneficiaz de servicii medicale în baza duplicatului cardului european în perioada în care nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuției de asigurări sociale de sănătate), mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European unde au fost acordate aceste servicii medicale.

**Numele și prenumele solicitantului:** .....

**Adresa la care se va trimite cardul:** Localitatea .....

Str. ...., Nr. ...., Bloc ....., Sc. ...., Et. ...., Ap. ....,

CNP .....

Telefon .....

**Semnătura** .....

**Data** .....

### **Documente anexate cererii:**

- Copie buletin/carte de identitate.
- Dovada plății contravaloarei cardului european duplicat.
- Cardul european emis inițial în cazul modificării datelor personale de identificare ulterior datei de emitere a cardului.