

Nr. înregistrare cerere: ..... Data ..... C.A.S. Constanța/Casa AOPSNAJ  
(se completează de către angajații C.A.S. Constanța)

## CERERE

pentru eliberarea **CERTIFICATULUI PROVIZORIU**  
de înlocuire a **Cardului European** de asigurări sociale de sănătate

Către,

**Casa de Asigurări de Sănătate Constanța**

Adresa: Bd. Mamaia, Nr. 57, Constanța

**Domnului Președinte - Director General,**

Subsemnatul(a) ....., născut(a) la data de ....., având codul numeric personal (CNP) ....., cu domiciliul în ....., telefon ....., prin prezenta vă rog să binevoiți a-mi aproba eliberarea unui **Certificat provizoriu de înlocuire a cardului european** de asigurări de sănătate, începând cu data de ....., deoarece:

- a) Mă aflu în ședere temporară într-un stat membru al UE sau al SEE și nu pot prezenta cardul european deoarece:
- nu a fost solicitat la plecare.
  - cardul nu este recunoscut de furnizorul de servicii medicale unde este prezentat.
  - orice altă situație similară .....
- b) există o situație de urgență care ar face necesară eliberarea cardului în mai puțin de 7 zile lucrătoare de la data depunerii cererii pentru eliberarea cardului european de sănătate.

Vă rog să transmiteți Certificatul provizoriu de înlocuire al cardului european:

- pe fax-ul nr. ....
- prin e-mail la adresa .....
- mă voi prezenta personal sau prin împuternicit la sediul CAS Constanța în ziua lucrătoare următoare celei în care am depus prezenta cerere.

Data: .....

.....  
(semnătura)