***COPII* 0-18 ANI**

Programare:

**Doamnă Preşedinte – Director General,**

***Subsemnatul (PARINTE)*** *....................................................................... cu domiciliul în .........................................................................................................*

*B.I/C.I serie..............Nr..................................(Telefon............................................)*

*va rog sa binevoiti a-mi aproba o Decizie pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical............................................................................................conform recomandării nr..............din data de .................................................., pentru* ***minorul : Nume/Prenume****............................................................................................****CNP.****.......................................................****cu domiciliul****...............................................*

*....................................................................................................................................*

*Solicit primirea deciziei*

|  |  |
| --- | --- |
| *PRIN POȘTĂ* |  |
| *SĂ O RIDIC PERSONAL* |  |

*Data: \_\_\_. \_\_\_. 2023 SEMNATURA*

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de catre CAS Dambovita, în conformitate cu prevederile Regulamentului(UE) nr.679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Timpul de completare estimativ al cererii: 5 min

***ADULŢI***  Programare:

**Doamnă Preşedinte – Director General,**

**al Casei de Asigurari de Sanatate DAMBOVITA**

**Beneficiar........................................................................categoria de asigurat……………….cu domiciliu în…………………………………………………………………………..........**

**CNP……………………………………...............B.I/C.I seria.............nr. ............................... (Telefon.....................................................)**

**vă rog, să binevoiţi a-mi aproba procurarea / închirierea dispozitivului medical ....................................................................................................................................**

**conform recomandării nr. .............. din data de ................................... anexată**.

Declar pe proprie răspundere că anexez la prezenta cerere documentele:

- audiograma in original , contrasemnata de medic ORL si copie certif calibrare pentru proteze auditive ;

-biometrie in original pentru cristalin ;

-copie act de identitate (copii 14-18 ani,adulti)sau certif de nastere (copii 0-14ani);

-copie certif de handicap ,pentru aparat de administrare oxigen ,(daca este cazul);

-actul care certifica calitatea de asigurat ,dupa caz ( adev.salariat, adev.asig, talon pensie ).

- afecțiunea medicală pentru care solicit dispozitivul medical nu este urmare a unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

- nu a mai beneficiat de acelaşi tip de dispozitiv în ultimii \_\_\_\_\_\_\_\_ ani.

**Cererea a fost depusă de către** ..........................................................................................

posesor/posesoare a BI/CI seria.........nr............................ în calitate de.....................................

Solicit primirea deciziei

|  |  |
| --- | --- |
| PRIN POȘTĂ |  |
| SĂ O RIDIC PERSONAL |  |

Data: \_\_\_\_. \_\_\_\_. 2023 Semnătura :

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de catre CAS Dambovita, în conformitate cu prevederile Regulamentului(UE) nr.679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Timpul de completare estimativ al cererii: 5 min