

CERERE TIP
pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate

Casa de Asigurări de Sănătate Dâmbovița
B-dul Libertății, C2-C3, Târgoviște, Jud. Dâmbovița
Data _____

Stimate domnule Director General,

Prin prezenta formulez o cerere, conform Titlului IX din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale de sănătate la adresa mai jos menționată.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe proprie răspundere prin care certific faptul că nu intenționez să utilizez cardul european de asigurări sociale de sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situația în care beneficiaz de servicii medicale în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate 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 Fondul 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.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CAS DB, 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.

Semnătura solicitantului,

Numele și prenumele persoanei _____

Prenumele tatălui _____

Adresa primire card _____

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon _____

Fax _____

Interval orar ¹ _____

Luat în evidență la **Casa de Asigurări de Sănătate:**

Dâmbovița **AOPSNAJ**

Dețin un card european de sănătate ce expiră la data de _____

(se bifează doar în cazul în care dețineți deja un card european de sănătate în termen de valabilitate până în 35 zile)

*** Timpul estimativ de completare al cererii este de 2 (două) minute**

¹ Se va trece intervalul orar în care persoana estimează că va fi prezentă la adresa indicată pentru a primi cardul european de asigurări sociale de sănătate.