

NR. INREGISTRARE.....
CĂTRE, CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE DOLJ
CRAIOVA, STR. 1 DECEMBRIE 1918 NR. 8
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 propria 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 Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru al Uniunii Europene unde au fost acordate aceste servicii medicale.

.....
(numele, prenumele si semnatura)

Numele și prenumele persoanei

Adresa la care va fi distribuit cardul

.....

CNP

Telefon

Fax

Interval orar ¹⁾

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