

Nr. inreg

Data

Către Casa de Asigurări de Sănătate DOLJ

Domnule Președinte - Director General,

Subsemnatul(a).....
CNP/CUI.....cu domiciliul(sediul) in
..... str nr.....,
bl....., sc....., et ap

In conformitate cu dispozitiile *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, **formulez prezenta cerere prin care solicit înregistrarea/actualizarea calității de asigurat în baza de date a CAS Dolj, conform documentelor pe care le anexez la prezenta.**

In situația în care intervin modificari privind datele de identificare sau conditiile de dobandire a calitatii de asigurat, respectiv de beneficiar al pachetului de servicii medicale de baza, ma oblig ca in termen de 15 zile, sa anunt CAS Dolj si medicul de familie.

Semnatura

.....