



CASA DE ASIGURARI DE SANATATE DOLJ

Craiova, str. 1 Decembrie 1918 nr.8

Telefon: 0251-406666 Fax:0251-406349

e-mail: info@casdj.ro

http://www.casdj.ro

### C E R E R E<sup>\*)</sup>

**privind furnizarea Listei privind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale de care a beneficiat persoana asigurată în anul precedent, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate**

**1. Se completează de asigurat, pentru cererea formulată în nume propriu:**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, domiciliat/ă  
în \_\_\_\_\_,  
CID/CNP \_\_\_\_\_, BI/CI \_\_\_\_\_, persoană asigurată în evidența  
CAS Dolj, vă solicit să îmi furnizați Lista serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor  
medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de care am  
beneficiat în anul precedent.

**2. Se completează de reprezentantul legal al asiguratului:**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, domiciliat/ă  
în \_\_\_\_\_,  
CID/CNP \_\_\_\_\_, BI/CI \_\_\_\_\_, împuternicit/ă legal al/a d-lui/d-nei  
\_\_\_\_\_ domiciliat/ă  
în \_\_\_\_\_ CID/CNP \_\_\_\_\_,  
BI/CI \_\_\_\_\_, persoană asigurată în evidența CAS Dolj, prin (se trece tipul, numărul și data  
actului de împuternicire) \_\_\_\_\_, vă solicit să îmi  
furnizați Lista serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale decontate din bugetul  
Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de care a beneficiat persoana care m-a  
împuternicit în anul \_\_\_\_\_. Anexez la prezenta cerere o copie a actului de împuternicire.

**3. Solicit ca această listă să îmi fie pusă la dispoziție (se bifează o singură opțiune):**

- La ghișeul CAS Dolj
- Prin e-mail pe adresa \_\_\_\_\_

Parolă de acces:

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

**4. Înțeleg că informațiile colectate și prelucrate de către CAS Dolj fac parte din categoria datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal și sunt furnizate în scopul soluționării prezentei cereri.**

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

\*) Durată estimată completare formular- 2-7 min

Motivul colectării informației: eliberare lista servicii medicale