Către Casa de Asigurări de Sănătate .....
Giurgiu, str. Vlad Țepeș, bl. MUV 1, parter
Data .....

CERERE
de eliberare a cardului european duplicat

1. Numele:

2. Prenumele:

3. ∈CNP/ ∈CID

4. Telefon

5. Interval orar*)

6. **) Solicit eliberarea cardului european duplicat şi declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, următoarele:
Motivul solicitării cardului european duplicat:
a) ∈Pierdere; b) ∈Furt; c) ∈Deteriorare;
d) ∈Modificări ale datelor personale (menţionaţi numărul cardului mai jos):

e) ∈Alte situaţii justificate:
_____

Data
.....

Semnătura

*) 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.

**) La pct. 6 bifaţi o singură opţiune.

Pentru situaţiile de la lit. a), b), c) şi e), cererea este însoţită de o copie a actului de identitate, dovada plăţii contravalorii cardului european duplicat.

Pentru situaţiile de la lit. d), cererea este însoţită de o copie a actului de identitate, dovada plăţii contravalorii cardului european duplicat şi cardul european emis iniţial.

CAS-SB respectă prevederile Regulamentului European (UE) 2016/679 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor).