

NR.....DATA.....

**DECLARAȚIE
DE ÎNSCRIERE CA ASIGURAT LA CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI**

SUBSEMNAȚUL *(se completează cu pauze de câte o casuță între cuvinte)

NUME:

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

PRENUME (cu inițială):

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

CETĂȚENIE:

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

DATA NAȘTERII:

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

DOMICILIU:

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

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

COD NUMERIC PERSONAL:

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

SERIE/NUMĂR ACT DE IDENTITATE:

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

SOLICIT înscrierea mea ca asigurat la Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București - art. 230, alin (2), lit. a) din Legea 95/2006, în calitate de
.....

Mă angajez ca, în conformitate cu art. 231 lit. d) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, să anunț în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări de sănătate asupra modificărilor datelor de identitate sau modificările referitoare la încadrarea într-o anumită categorie de asigurați.

CASMB respectă prevederile Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date

Semnătură ASIGURAT,

Data:

*Am luat la cunoștință cu privire la opțiunea angajatului de a deveni asigurat CASMB și a fi raportat pe D112, în consecință.

(semnătură angajator)

***Se vizează de către angajator**

Se completează în două exemplare, dintre care unul pentru CASMB și unul pentru asigurat (care va lăsa o copie angajatorului).