

DECLARAȚIE DE ÎMPUTERNICIRE

Subsemnatul (a),
având CNP....., domiciliat(ă) în
localitateastrada
....., nr., bl., sc., et., apt.,
sector/județ

declar pe proprie răspundere, cunoscând prevederile art. 326 și art. 327 Cod Penal cu
privire la falsul în declarații și falsul privind identitatea, că am fost împuternicit (ă) de
numitul (a)

....., având
CNP domiciliat(ă) în localitatea
....., strada, nr.,
bl., sc., et., apt., sector/județ

pentru a depune documentele în vederea eliberării cardului european de asigurări de
sănătate duplicat.

Semnătura

Data

CASMB respectă prevederile Regulamentul European (UE) 2016/679 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)