

DECLARAȚIE DE ÎMPUTERNICIRE

Subsemnatul (a)

.....

având CNP.....

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

- a depune documentele pentru eliberarea ”adeverinței de înlocuire a cardului național de asigurări sociale de sănătate până la eliberarea cardului duplicat”
- a ridica de la CASMB ”adeverința de înlocuire a cardului național de asigurări sociale de sănătate până la eliberarea cardului duplicat”

Declar, de asemenea, că nu am calitatea de reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la un furnizor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale (art. 337 alin. (1), (1¹) din Legea 95/2006 *** Republicată privind reforma în domeniul sănătății).

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).