ANEXĂ

Către Casa de Asigurări de Sănătate Prahova

Adresa str. Praga 1, Ploiesti

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