

**CERERE TIP PENTRU ELIBERAREA FORMULARULUI EUROPEAN
E 109/S1**

**CĂTRE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE SATU MARE**

Subsemnatul(a).....domiciliat(ă) în
localitatea, str. nr., bl., sc., et.,
ap., județul/sectorul, posesor al B.I./C.I./Pașaport seria..... și
numărul....., în calitate de:

asigurat, codul numeric personal

persoană împuternicită al/a asiguratului, posesor al
B.I./C.I./Pașaport, codul numeric personal, domiciliul în
localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap.,
județul/sectorul

Nume avut înainte de căsătorie (dacă este cazul).....

Am luat la cunoștință faptul că **am obligația de a semnala CAS Satu Mare, în 15 zile** despre orice schimbare care ar putea modifica dreptul la prestațiile în natură deschis în baza acestui formular.

Cardul european de asigurări sociale de sănătate se eliberează și pentru posesorii Formularului E 109 emis în România, pentru a fi folosit în statele membre UE/SEE sau Elveția, altele decât statul pentru care s-a solicitat acest formular.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CAS SATU MARE, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Data: _____ Semnătura solicitantului: _____