

**CERERE TIP PENTRU ELIBERAREA FORMULARULUI EUROPEAN
E 120/S1**

**CĂTRE,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE SATU MARE
Titularul de pensie sau membrul de familie al acestuia**

Subsemnatul(a).....domiciliat(ă) în
localitatea, str. nr., bl., sc., et.,
ap., județul/sectorul, stat membru U.E.
posesor al B.I./C.I./Pașaport seria..... și numărul....., în calitate de:
 asigurat, C.N.P.;
 persoană împuternicită al/a asiguratului, posesor al
B.I./C.I./Pașaport seria..... și numărul, C.N.P.,
domiciliul în localitatea, str. nr., bl., sc., et.,
ap., județul/sectorul, stat membru U.E.

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

Vă rog să-mi eliberați Formularul European **120 – S1**, pentru a-mi servi în statul membru
UE..... începând cu data de/...../.....

*Am luat la cunoștință faptul că, prin schimbarea reședinței/domiciliului pe teritoriul altui stat
membru al UE și înregistrarea prin Formularul S1(E 120) eliberat de CAS Satu Mare, **pe timpul șederii
temporare în România voi beneficia numai de serviciile medicale care devin necesare.**

* 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**
(schimbarea locului de reședință/domiciliu, pierderea statutului de pensionat, începerea unei activități
salariale sau independente etc.)

* **Cardul european de asigurări sociale de sănătate** se eliberează și pentru posesorii Formularului
E 120 emis în România, pentru a fi folosit în statele membre UE/SEE sau Elveția, altele decât statul pentru
care s-a solicitat acest formular.

Telefon:

E-mail:

*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: _____