

## DECLARAȚIE

Subsemnatul .....  
cod numeric personal (CNP).....  
cetățean.....născut la data de .....  
în localitatea.....de sex.....  
căsătorit/necăsătorit, domiciliat în loc....., str.....  
....., nr....., bloc....., scară....., etaj..... ap.....,  
sector/județ....., posesor al BI/CI, seria ....., nr .....  
eliberat de ....., la data de.....

**declar pe proprie răspundere**, sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte, că  
deficiența organică sau fiziologică **nu a apărut** în urma unei boli profesionale,  
a unui accident de muncă sau sportiv.

Data.....

Semnătura

**DOMNULE PREȘEDINTE – DIRECTOR GENERAL**

Subsemnatul (a)....., domiciliat în loc.....  
 str.....nr.....ap.....jud.....cod poștal.....  
 cod numeric personal (CNP).....  
 posesor al B.I/CI. Seria.....Nr..... eliberat de Poliția..... la data de.....  
 Telefon.....categoria de asigurat..... la  
 CAS..... reprezentat/împuternicit prin..... în  
 calitate de....., Vă rog să binevoiți a-mi aproba procurarea (denumirea produsului)

conform recomandării medicului de specialitate aflat în relație contractuală cu CAS; intenționez să achiziționez respectivul(e) produs(e) de la un furnizor inclus în Lista cuprinzând furnizorii acreditați, stabilită de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și aflat în relație contractuală cu CAS Satu Mare.

Anexez la prezenta cerere următoarele **documente** :

- carnetul de asigurat sau un alt act care atestă calitatea de asigurat ( adeverință de salariat, talon de pensie, adeverință elev, copie de pe certificatul de naștere pentru copii în vârstă de până la 14 ani );
- actul de identitate în copie
- CNP ;
- prescripția medicală
- declarația pe proprie răspundere din care rezultă că deficiența organică sau fiziologică nu a survenit în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv ;
- audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberată de o clinică de specialitate sau de un serviciu specializat, autorizat și acreditat, pentru proteza auditivă
- biometria eliberată de o clinică de specialitate/ de un serviciu specializat autorizat și acreditat, pentru lentila intraoculară
- procura specială, după caz.

**Declar că ultima data când am beneficiat de dispozitivul medical.....**

.....a fost în data de .....

Mă angajez să suport diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al dispozitivului medical și să o achit direct furnizorului, conform dispozițiilor H.G. nr.696/2021 aprobarea Contractului- cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și normelor metodologice de aplicare a acestuia.

DATA,

SEMNĂTURA,

CĂTRE,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
SATU MARE