CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
.....

CERERE
de eliberare a adeverinţei de asigurat cu valabilitate de 3 luni pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conştiinţă, primirea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate

Subsemnatul(a), ..., născut(ă) la data de ....., în localitatea ....., domiciliat(ă) în ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ..., ap. ....., sectorul/judeţul ....., posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ....., eliberat(ă) de ..... la data de ....., cod numeric personal ....., având codul de identificare al asiguratului (CID) ....., declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, că refuz în mod expres, din motive religioase sau de conştiinţă, primirea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate cu numărul de identificare:

şi solicit eliberarea adeverinţei de asigurat cu o valabilitate de 3 luni.
|_| Depun cardul naţional de asigurări sociale de sănătate.
|_| Declar că am returnat cardul naţional de asigurări sociale de sănătate Casei de Asigurări de Sănătate ...../ Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate anterior prezentei cereri.

Data .....

Semnătura