

Cerere tip pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE TELEORMAN

Adresa: STR. LIBERTATII, NR. 1, LOC. ALEXANDRIA, JUD. TELEORMAN

Data

Stimate Domnule/Stimată Doamnă Președinte - Director General,

Prin prezenta formulez o cerere, conform Titlului IX din Legea nr. 95/2005 privind reforma în domeniul sănătății, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale de sănătate la adresa mai jos menționată.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe proprie răspundere prin care certific faptul că nu intenționez să utilizez cardul european de asigurări sociale de sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situația în care beneficiez de servicii medicale în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate dar nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuției de asigurări sociale de sănătate) pe toată perioada de valabilitate a acestuia, mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru UE unde au fost acordate aceste servicii medicale.

.....
(nume și semnătura)

Numele și prenumele persoanei

Adresa

.....

CNP

Telefon

Fax

Interval orar