

C E R E R E

privind furnizarea Listei privind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale de care a beneficiat persoana asigurată în anul precedent, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

1. Se completează de asigurat, pentru cererea formulată în nume propriu:

Subsemnatul/a _____, domiciliat/ă în _____, CID/CNP _____, BI/CI _____, persoană asigurată în evidența CAS _____ vă solicit să-mi furnizați Lista serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de care am beneficiat în anul precedent.

2. Se completează de reprezentantul legal al asiguratului:

Subsemnatul _____, domiciliat/ă în _____, CID/CNP _____, BI/CI _____, împuternicit legal al dlui/dnei _____ domiciliat/ă în _____ CID/CNP _____, BI/CI _____, persoană asigurată în evidența CAS _____, prin (se trece tipul, numărul și data actului de împuternicire) _____ vă solicit să-mi furnizați Lista serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de care a beneficiat persoana care m-a împuternicit în anul _____. **Anexez la prezenta cerere o copie a actului de împuternicire.**

3. Solicit ca această listă să-mi fie pusă la dispoziție (se bifează o singură opțiune):

- La ghișeul CAS
 - Prin e-mail, pe adresa _____
- Parolă de acces:

--	--	--	--	--	--	--	--

4. Înțeleg că informațiile colectate și prelucrate de către CAS¹ _____ fac parte din categoria datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal și sunt furnizate în scopul soluționării prezentei cereri. Pentru informații suplimentare vă rugăm să vă adresați responsabilului cu protecția prelucrărilor de date² din cadrul CAS _____

Data _____ Semnătura _____

¹Cererile puse la dispoziția asiguraților potrivit art. 3 alin. (2) din prezentele Norme metodologice se vor completa cu datele de contact ale fiecărei case de asigurări de sănătate

²Cererile puse la dispoziția asiguraților potrivit art. 3 alin. (2) din prezentele Norme metodologice se vor completa cu datele de contact ale DPO-ului fiecărei case de asigurări de sănătate