ANEXA 3

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
VRANCEA

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

Subsemnatul (a)..... născut(ă) la data ....., în localitatea ....., domiciliat(ă) în ..... nr. .....,bloc .....,sc ....., etaj .....,ap..... judeţ ..... posesor al BI/CI , seria ..... nr. ..... eliberat de ....., la data ....., cod numeric personal ....., având codul de identific al asiguratului (CID) .....,

declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile articolului 326 din Codul penal cu privir falsul în declaraţii, că refuz în mod expres, din motive religioase sau de conştiinţă , primirea cardu naţional 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 Sănătate ...../ Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate anterior prezentei cereri.

DATA

.....

SEMNĂTURA