

DECLARATIE DE IMPUTERNICIRE

Subsemnatul.....cnp.....
BI/CI, seria.....nr.domiciliat(a).....
in localitatea.....str.....,
nr.....bl.....,sc.....et.....,ap.....,judet.....

declar pe propria raspundere ,cunoscand prevederile art. 326 si art.327
Cod Penal cu privire la falsul in declaratii si falsul privind identitatea, ca
am fost imputernicit (a) de numitul(a)

.....,avand
CNPdomiciliat(a) in localitatea.....
str....., nr.....,bl.....,sc.....,et.....,ap.....
judet....., pentru a depune documentele in vederea eliberarii
Cardului European de Asigurari de sanatate.

Data

Semnatura

**CAS Vrancea respecta prevederile Regulamentului European(UE) 2016/679 privind
protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter
personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei
95/46/CE (Regulamentul general privind protectia datelor)**