

Către Casa de Asigurări de Sănătate Caraș-Severin

Adresa : str. Spitalului, nr.36, Reșița, jud. Caraș Severin

Data.....

CERERE
de eliberare a cardului european duplicat

1. Numele :

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

2. Prenumele:

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

3. CNP / CID :

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

4. Telefon

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

5. Interval orar*)

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

6.**) Solicit eliberarea cardului european duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:

Motivul solicitării cardului european duplicat:

a) Pierdere; b) Furt; c) Deteriorare;

d) Modificări ale datelor personale (menționați numărul cardului mai jos):

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

e) Alte situații justificate:

Data

.....

Semnătura

--

*) Se va trece intervalul orar în care persoana estimează că va fi prezentă la adresa indicată pentru a primi cardul european de asigurări sociale de sănătate.

**) La pct. 6 bifați o singură opțiune.

Pentru situațiile de la lit. a), b), c) și e), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat.

Pentru situațiile de la lit. d), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat și cardul european emis inițial.