Către Casa de Asigurări de Sănătate Caraş-Severin
Adresa : str. Spitalului, nr.36, Reşiţa, jud. Caraş 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 şi declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, următoarele:
Motivul solicitării cardului european duplicat:

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

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

e) ☐ Alte situaţii 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 bifaţi o singură opţiune.
Pentru situaţiile de la lit. a), b), c) şi e), cererea este însoţită de o copie a actului de identitate, dovada plăţii contravalorii cardului european duplicat.
Pentru situaţiile de la lit. d), cererea este însoţită de o copie a actului de identitate, dovada plăţii contravalorii cardului european duplicat şi cardul european emis iniţial.