

C.J.A.S. TIMIS

Data .....

**Cerere tip pentru eliberarea  
Cardului european de asigurari sociale de sanatate**

Numele .....

Prenumele .....

Adresa unde va fi expediat cardul .....

.....

Cod postal (6 cifre) .....

Interval orar .....

CNP .....

Telefon .....

Fax .....

Stimate domnule Presedinte - Director General,

Prin prezenta formulez o cerere, conform Titlului IX din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sanataii, prin care solicit sa îmi fie eliberat cardul european de asigurari sociale de sanatate la adresa mai (jos) sus mentionata.

Prezenta cerere reprezinta în acelasi timp si o declaratie pe proprie raspundere prin care certific faptul ca nu intentionez sa utilizez cardul european de asigurari sociale de sanatate pentru deplasari care au ca scop beneficierea de tratament medical.

De asemenea, în situatia în care beneficiez de servicii medicale în baza cardului european de asigurari sociale de sanatate dar nu mai îndeplinesc toate conditiile în baza carora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contributiei de asigurari sociale de sanatate) pe toata perioada de valabilitate a acestuia, ma oblig sa suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate si rambursate institutiei din statul membru UE unde au fost acordate aceste servicii medicale.

.....  
(Numele, prenumele  
si semnatura)