

**DECLARAȚIE DE ÎMPUTERNICIRE**

Subsemnatul (a)..... ,  
având CNP ..... , domiciliat(ă) în  
localitatea ..... , strada ..... ,nr ..... , bl ..... , sc.  
..... , et ..... , apt..... , sector/județ.....  
declar pe proprie răspundere, cunoscând prevederile art. 326 și art. 327 Cod Penal cu privire la falsul în  
declarații și falsul privind identitatea, că am fost împuternicit (ă) de numitul (a)

.....  
având CNP ..... , domiciliat(ă) în  
localitatea ..... , strada ..... ,nr ..... , bl ..... , sc.  
..... , et ..... , apt..... , sector/județ.....  
pentru:

- a depune documentele pentru eliberarea cardului național de asigurări sociale de sănătate
- a ridica de la CASVS cardul național de asigurări sociale de sănătate

**Declar, de asemenea, că nu am calitatea de reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la un furnizor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale (art. 337 alin. (1), (1<sup>A1</sup>) din Legea 95/2006 \*\*\* Republicată privind reforma în domeniul sănătății).**

Cardul a fost ridicat de subsemnatul(a) la data prezentei declarații și mă oblig să îl predau titularului în cel mai scurt timp.

Semnătura

Data

NOTĂ: Declarația se depune la momentul eliberării cardului și va fi însoțită de copii ale actelor de identitate menționate în aceasta  
CASVS respectă prevederile Regulamentul European (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).