CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE IAȘI
Str. Gheorghe Asachi nr. 18, Iași 700483
Tel: 0232-218 630 * Fax: 0232-218 641 * TelVerde: 0-800-800-983
E-mail: secretariat@cjasis.ro * www.cjasis.ro

Cerere

pentru eliberarea adeverinței pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice

Subsemnatul/a ....., CNP....., domiciliat/ă în str. ....., nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sector ....., localitate ....., județ .....,telefon ....., asigurat la Casa de Asigurări de Sănătate ....., solicit eliberarea adeverinței pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice în vârstă de peste 18 ani.

Menționez că persoana pe care o însoțesc la tratamentul/intervenția chirurgicală .... este:

-nume și prenume ..... CNP....., domiciliat/ă în str. ....., nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sector ....., localitate ....., județ ....., telefon ....., asigurat la Casa de Asigurări de Sănătate Iași.

În vederea gestionării numărului de zile de concediu medical pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice în vârstă de peste 18 ani, mă oblig să transmit la sediul Casei de Asigurări de Sănătate Iași sau prin mijloace de transmitere la distanță (mail sau fax), o copie a certificatului de concediu medical în termen de 5 zile lucrătoare.

Data

.....

Semnătura

.....

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul eliberării adeverinței mai sus menționate.