

Angajament privind calitatea de asigurat

Subsemnatul/a.....,

CNP:

Domiciliat în str., nr., bl., sc., et., ap.sector.....,
localitatea....., județul....., telefon.....,

având diagnosticul

mă angajez ca pe toată perioada de 12 săptămâni, cât trebuie să urmez tratamentul cu

HARVONI (SOFOSBUVIR+LEDIPASVIR)

RIBAVIRINĂ

să îmi păstrez calitatea de asigurat.

În situația în care nu mai am calitatea de asigurat, respectiv nu realizez venituri impozabile și nici nu mă încadrez în categoriile de persoane care beneficiază de asigurare, fără plata contribuției (conform prevederilor art. 224 din *Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, republicată), **mă angajez să achit** contribuția la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate calculată la nivelul salariului de bază minim brut pe țară, în condițiile prevăzute de lege, pe toată perioada în care beneficiez de tratamentul antiviral.

DATA

SEMNĂTURĂ PACIENT