

CERERE TIP
pentru eliberarea cardului european de asigurari sociale de sanatate

Catre : Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti

Adresa: Bucuresti, str.Popa Savu nr.45, sector 1

Stimate domnule Director General,

Prin prezenta formulez o cerere conform titlului IX din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, prin care solicit sa imi fie eliberat cardul European de asigurari sociale de sanatate la adresa mai jos mentionata.

Prezenta cerere reprezinta in acelasi timp si o declaratie pe propria 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, in situatia in care beneficiaz de servicii medicale in baza cardului european de asigurari sociale de sanatate in perioada in care nu mai indeplinesc toate conditiile in baza carora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contributiei de asigurari de sanatate), ma oblig sa suport in totalitate contravaloare serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate si rambursate institutiei din statul membru al Uniunii Europene unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASAOPSNAJ, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(semnatura)

Numele si prenumele persoanei * _____

Adresa _____

CNP _____

Telefon _____

e-mail _____

Mentionez ca detin un card european valabil pana la data de _____

**Cardul va fi distribuit în regim de recomandată, la adresa indicată în solicitare.*

În cazul în care cardul va fi returnat instituției noastre, acesta se poate ridica în zilele de Luni, Marți Miercuri și Joi între orele 08.30-16.00 (tel. 606 sau 605 din recepția instituției).

DECLARAȚIE

Subsemnatul (a),
CNP..... domiciliat(ă) în
strada..... nr., bl., sc., et.,
apt., sector/județ

declar pe proprie răspundere, **cunoscând prevederile art. 326 Cod penal cu privire la falsul în declarații, că în ultimii 5 ani:**

- nu am detinut / am deținut și dețin calitatea de asociat, actionar, administrator la următoarele societăți comerciale:

.....
.....
.....

- am obținut și obțin următoarele categorii de venituri impozabile:

☐ ACTIVITATI INDEPENDENTE ANII _____

☐ DIVIDENDE/DOBANZI (cont depozit,..) ANII _____

☐ AGRICULTURA SI SILVICULTURA ANII _____

☐ TRANSFER TITLURI ANII _____

☐ CEDAREA FOLOSINTEI BUNURILOR ANII _____

☐ DREPTURI DE PROPRIETATE INTELECTUALA ANII _____

☐ SALARII, VENITURI ASIMILATE SALARIILOR ANII _____
(CONVENTII CIVILE)

☐ ALTE VENITURI ANII _____

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASAOPSNAJ, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Data:

Semnătura,