

Către Casa de Asigurări de Sănătate : **AOPSNAJ**

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

### CERERE

#### de eliberare a cardului european duplicat

1. Numele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Prenumele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. CNP/CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Telefon:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adresa


6. \*) Solicit eliberarea cardului european duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:

\*) La pct. 6 bifați o singură opțiune.

Motivul solicitării cardului european duplicat:

a) ☐ Pierdere; b) ☐ Furt; c) ☐ Deteriorare;

d) ☐ Modificări ale datelor personale (menționați numărul cardului mai jos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e) ☐ Alte situații justificate:

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASAOPSNAJ, în 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: .....

#### Notă:

-Pentru situațiile de la lit. a), b) și e), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat.

- Pentru situațiile de la lit. c) și d), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat și cardul european emis inițial.