

Domnule Director

Subsemnatul/a

- salariat/ă la
- lucrator independent
- pensionar
- șomer
- solicitant de pensie

vă rog să binevoiți a-mi aproba eliberarea formularului E106
 E 109
 E 120
 E 121,

deoarece.....

Declar pe proprie răspundere că nu beneficiaz de asigurări sociale de sănătate în statul de reședință.

Declar de asemenea că voi semnala, atât pentru mine cât și pentru membrii familiei mele, orice schimbare de situație care ar putea modifica dreptul la prestațiile în natură pe baza formularului solicitat.

tel:

e-mail:

Solicit ca răspunsul să îmi fie comunicat:

- la adresa:**
(se menționează adresa de corespondență/domiciliu din România)
- prin e-mail la adresa:**, **format date:**
(ex. zz.ll.aaaa)
- personal, la sediul CASAOPSNAJ**

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,