**ANEXA 1**

**CERERE-TIP**

**pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate**

**Către Casa de Asigurări de Sănătate ILFOV**

Adresa STR. AVIATOR POPISTEANU 46 SECTOR 1 BUCURESTI

Data .....................

**Stimate domnule/Stimată doamnă preşedinte - director general,**

 Prin prezenta formulez o cerere, conform titlului IX din Legea nr. 95/2005 privind reforma în domeniul sănătăţii, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale de sănătate la adresa mai jos menţionată. Prezenta cerere reprezintă în acelaşi timp şi o **declaraţie pe propria răspundere** prin care certific faptul că nu intenţionez să utilizez cardul european de asigurări sociale de sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situaţia în care beneficiez de servicii medicale în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada în care nu mai îndeplinesc toate condiţiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuţiei de asigurări sociale de sănătate), mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi rambursate instituţiei din statul membru al Uniunii Europene sau al Spaţiului Economic European unde au fost acordate aceste servicii medicale.

 Numele şi prenumele persoanei ...............................................................................................

 Adresa ......................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 CNP

 Telefon ............................................................. Fax ...................................................................

 Interval orar\*1) ..............................................

 \*1) Se va trece intervalul orar în care persoana estimează că va fi prezentă la adresa indicată pentru a primi cardul european de asigurări sociale de sănătate."

**CAS Ilfov respecta prevederile Regulamentului UE nr. 679/2016  privind  protectia persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor  cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)**

***Am luat la cunostinta ca datele cu caracter personal vor fi prelucrate de către CAS Ilfov in conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679/2016***

 ***…………………………….***

 *( Nume, prenume, semnatura )*