Catre,

Casa de Asigurari de Sanatate Maramures

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr.\_\_\_\_\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_\_\_\_, judetul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Anexat va depun in vederea beneficierii in Romania de prestaţii în natură de asigurare de boală sau maternitate (pachet de baza):

- formularul **E 109** eliberat de catre institutia competenta de asigurari de sanatate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu sediul in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(denumirea institutiei) (statul membru UE / SEE / Elvetia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(orasul, str., nr.)

- copia cartii de identitate seria \_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberata la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de catre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Raportat la dispozitiile Regulamentului Parlamentului European si al Consiliului Uniunii Europene nr. 679 / 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei 95 / 46 / CE (Regulamentul general privind protectia datelor), imi exprim acordul scris cu privire la colectarea, prelucrarea si stocarea datelor cu caracter personal cuprinse in formularul depus.

Data Semnatura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_