**CĂTRE CAS MUREȘ**

**CERERE**

depusă pentru eliberarea Adeverinței cu numărul de zile CM acordate pentru îngrijirea pacientului cu afecțiuni oncologice în vârstă de peste 18 ani

Subsemnatul/a………………………. în calitate de □ bolnav cu afecțiuni oncologice / □ însoțitor al bolnavului cu afecțiuni oncologice, vă rog să-mi eliberați o adeverință din care să reiasă numărul zilelor de concediu medical acordate, în ultimele 12 luni, pentru îngrijirea pacientului cu numele și prenumele……………………, CNP……………………, domiciliat(ă) în localitatea ………………str. ................................... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. . județul ................................, telefon ..............................., luat/ă în evidență la CAS Mureș.

 Nume/prenume însoțitor…………………………. CNP…………………. domiciliat(ă) în localitatea …………………..str. ............................ nr. ….., bl. ..., sc…..., et…......, ap..…...., județul.................., telefon ...................,

1. În calitate de însoțitor al bolnavului declar pe propria răspundere că, îndeplinesc stagiul minim de asigurare pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate, conform art.7 din OUG nr. 158/2005.
2. În calitate de însoțitor mă angajez să transmit o copie a certificatului de concediu medical la CAS Mureș, inclusiv prin mijloace de transmitere la distanţă la adresa de e-mail: adeverintacod17@casmures.ro

 Data .................. Semnătura ………………..