

Către ,

**Casa de Asigurări de Sănătate ARAD**

**Adresa :** Arad, Bld.Revoluției, nr.45, cod 31181, jud.Arad

**Data :** .....

**Stimate domnule președinte - director general,**

Prin prezenta formulez o cerere, conform titlului IX din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale de sănătate la adresa mai jos menționată.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria răspundere prin care certific faptul că nu intenționez să utilizez cardul european de asigurări sociale de sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situația în care beneficiaz de servicii medicale în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada în care nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuției de asigurări sociale de sănătate), mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Semnătura,

.....

**Numele și 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."

---

Documente, in copie anexate prezentei cereri :

- ( ) Carte de identitate/Buletin de identitate
- ( ) Certificat de nastere (doar pt. minorii sub 14 ani)
- ( ) Dovada calitatii de asigurat(adeverinta de salariat, cupon de pensie, adeverinta de elev/student, adeverinta de somaj, certificat de handicap,adeverinta de ajutor social, alt act specific,dupa caz)