DOMNULE DIRECTOR GENERAL
al Casei de Asigurări de Sănătate a judeţului Bacău

Subsemnatul (a) .....
având C.N.P. /. /. /. /. /. /. /. /. /. /. /. /. /. / posesor al C.I.(B.I) seria. . . ..nr.....
domiciliat (a) in localitatea.....
str…….....nr.....bl.....sc.....ap…….....jud.Bacău,
telefon/e-mail.....inscris la medicul de familie.....
va rog sa- mi aprobati cererea pentru obtinerea dispozitivului medical : .....
.....
conform recomandarii medicului de specialitate.

Persoane care pot depune documentele pentru obtinerea dispozitivului medical: asiguratul, unul din membrii de familie cu grad de rudenie I si II, sot/sotie, o persoana imputernicita legal in acest sens de acesta - prin act notarial/ act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului:

Numele si prenumele.....
C.N.P. /. /. /. /. /. /. /. /. /. /. /. /. /. / posesor al C.I. (B.I), seria… .. nr.....
domiciliat(a) in localitatea. ..... str.....nr.....
bl.....sc..... ap..... jud. Bacău, telefon/e-mail.....
in calitate de .....

Anexez la prezenta cerere urmatoarele documente :

- prescriptie medicala in original,
- audiograma tonala si vocala (**numai pentru protezele auditive**),
- biometria (**numai pentru lentilele intraoculare**),
- certificat de încadrare în grad şi tip de handicap (**numai pentru echipamentele de oxigenoterapie).**

Mă angajez să suport diferenţa dintre preţul de livrare şi preţul de referinţa decontat de C.N.A.S. Ma angajez ca in termen de 15 zile de la primirea dispozitivului (pentru dispozitivele la comanda), voi aduce la C.AS. Bacau documentul de validare a protezarii, document eliberat de medicul care mi-a recomandat protezarea. In caz contrar C.A.S Bacau va putea valida din oficiu protezarea.

- detin/nu detin alt dispozitiv medical similar cu cel pe care il solicit
- ultimul dispozitiv medical plătit de C.A.S. l-am primit la data de . . . .
- alte menţiuni**: copii 0-18 ani, elevi/studenti pana la 26 ani, gravide, persoane asigurate aflate in campul muncii,**
- mentionez ca doresc primirea corespondentei (decizia) prin posta: **DA/NU**.

Înțeleg că informațiile colectate și prelucrate de către CAS Bacau fac parte din categoria datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), precum şi a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal şi sunt furnizate în scopul soluţionării prezentei cereri.
Pentru informaţii suplimentare vă rugăm să vă adresaţi responsabilului cu protecţia prelucrărilor de date din cadrul CAS Bacau, adresa e-mail dpo@casbc.ro

Data. . . . . Semnătura,

Verificat CNP asigurat(a)/ imputernicit(a) cu originalul actului de identitate.