

**Catre :**

**Casa de Asigurari de Sanatate Bacau**

Str. Mărășești nr. 13, Bacău, cod 600019

**Tel/fax** 0234-510.425, **tel.**0234-576.948,

**e-mail:** info@casbc.ro ; secretariat@casbc.ro; declaratii@casbc.ro

Subsemnatul/a.....CNP.....,

domiciliat in: localitatea....., strada.....,

nr....., bloc....., scara....., etajul....., apart....., judetul ....., telefon.....,

adresa email:..... diagnosticat/a cu afectiune oncologica, vă rog să-mi

eliberați o adeverință din care să reiasă numărul de zile de concediu medical aferente codului

de indemnizatie 17, care mi-au fost acordate în ultimele 12 luni.

Va precizez ca transmiterea adeverintei solicitate sa se realizeze prin:

-email: DA/NU

-ridicare personala: DA/NU

-adresa de corespondenta: DA/NU

Mentionez ca am luat cunostinta de prevederile Regulamentului (UE) 679/2016 si sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, in scopul de a mi se elibera adeverinta solicitata.

**Data:**

**Semnătura**