**Anexa Nr. 1**

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
BISTRITA-NASAUD

**CERERE**
**de eliberare a cardului duplicat**

1. Numele:

2. Prenumele:

3. ☐ CNP/☐ CID:

4. Solicit eliberarea cardului duplicat şi declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, următoarele:
Motivul solicitării cardului duplicat:

a) ☐ Pierdere; b) ☐ Furt; c) ☐ Deteriorare;

d) ☐ Modificări ale datelor personale (menţionaţi numărul cardului mai jos):

e) ☐ Alte situaţii justificate: _____
sau

5. Solicit eliberarea cardului duplicat pentru:
☐ Defecţiuni tehnice, erori ale informaţiilor înscrise sau cardul nu poate fi utilizat din motive tehnice de funcţionare (menţionaţi numărul cardului mai jos)

Data
.....

Semnătura

Depunerea cererii se va face însoţită de o copie a actului de identitate. La pct. 4 bifaţi o singură opţiune.