

Către Casa de Asigurări de Sănătate Botoșani
Adresa: B-dul Mihai Eminescu, Nr.52.
Data _____

CERERE

de eliberare a cardului european duplicat

1.Numele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.Prenumele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.CNP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.Telefon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.Interval orar^{*)}

--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

^{*)}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.

6. ^{**) Solicit eliberarea cardului european duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din **Codul penal** cu privire la falsul în declarații, următoarele:}

Motivul solicitării cardului european duplicat:

A) Pierdere B) Furt C) Deteriorare;

D) Modificări ale datelor personale (menționați numărul cardului mai jos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E) Alte situații justificate:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

Semnătura

^{**) La pct. 6 bifați o singură opțiune.}

Pentru situațiile de la lit. a), b), c) și e), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat.

Pentru situațiile de la lit. d), cererea este însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului european duplicat și cardul european emis inițial.