ANEXĂ: CERERE de eliberare a cardului european duplicat
Către Casa de Asigurări de Sănătate .....
Adresa .....
Data .....

CERERE de eliberare a cardului european duplicat

1.Numele:
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2.Prenumele:
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3.|_| CNP/|_| CID:
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
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 şi declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din **Codul penal** cu privire la falsul în declaraţii, următoarele:

_____
**)La pct. 6 bifaţi o singură opţiune.
Pentru situaţiile de la lit. a), b), c) şi e), cererea este însoţită de o copie a actului de identitate, dovada plăţii contravalorii cardului european duplicat.
Pentru situaţiile de la lit. d), cererea este însoţită de o copie a actului de identitate, dovada plăţii contravalorii cardului european duplicat şi cardul european emis iniţial.
Motivul solicitării cardului european duplicat:
a)|_| Pierdere; b) |_| Furt; c) |_| Deteriorare;
d)|_| Modificări ale datelor personale (menţionaţi numărul cardului mai jos):
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
e)|_| Alte situaţii justificate:
_____
_____

Data
.....
Semnătura |_____|