

**C Ă T R E**

**Casa de Asigurări de Sănătate Braşov**  
**Adresa: Braşov, Bd. Mihail Kogălniceanu nr.11**  
**Data .....**

**Stimate Doamne Preşedinte - Director General,**

Prin prezenta formulez o cerere, conform Titlului IX din **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătăţii, prin care solicit să îmi fie eliberat Cardul European de Asigurări Sociale de Sănătate la adresa mai jos menţionată.

Prezenta cerere reprezintă în acelaşi timp şi o declaraţie pe proprie răspundere prin care certific faptul că nu intenţionez să utilizez Cardul European de Asigurări Sociale de Sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situaţia în care beneficiaz de servicii medicale în baza Cardului European de Asigurări Sociale de Sănătate dar nu mai îndeplinesc toate condiţiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuţiei de asigurări sociale de sănătate) pe toată perioada de valabilitate a acestuia, mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi rambursate instituţiei din statul membru al Uniunii Europene sau al Spaţiului Economic European unde au fost acordate aceste servicii medicale.

.....  
(Semnătura solicitantului)

Numele şi prenumele persoanei: .....  
Adresa : .....  
Cod numeric personal (CNP) .....  
Telefon: .....  
Fax (opţional):.....  
Interval orar :<sup>1)</sup> .....  
Documente anexate:       [ ] Carte de identitate  
                                  [ ] Dovada calităţii de asigurat

<sup>1)</sup> 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.