

**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**  
**Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Buzău**  
**Str. Crizantemelor, Nr. 18, Buzău , C.F. 11317897**  
**Tel.: 0238/717834, interior 113, Fax: 0238/724108;**  
**E-mail: [office@casbz.ro](mailto:office@casbz.ro); Pagina Web: <http://www.casbz.ro>**

---

NR.....DATA.....

**AVIZAT MEDICAL,**  
.....

DOMNULE PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL AL CJAS BUZĂU,

**Subsemnatul/a** ..... în calitate de .....  
domiciliat în localitatea ..... str..... nr .....bloc .....  
sc ..., ap ... , jud.....posesor BI/CI/CN/seria.....nr..... CNP.....,  
vă rog să-mi aprobați cererea pentru procurarea DISPOZITIVULUI MEDICAL, conform  
prescripției medicale, de tipul .....

**DECLAR PE PROPRIA RASPUNDERE** că afecțiunea de care sufăr nu este urmarea unei  
boli profesionale, accident de muncă sau sportiv.

Data ..... /poștă / personal

Semnatura **beneficiar,**

.....

**TELEFON DE CONTACT**.....

Desemnez ca **PERSOANA ÎMPUTERNICITĂ**/reprezentant legal pentru completarea  
cererii și depunerea actelor pe d-l/d-na ..... identificat cu actul de  
identitate seria ....nr ..... CNP .....

Data.....

Semnatura **împuternicit,**

.....

**Anexez la prezenta urmatoarele documente:**

- 1. recomandare/prescripție medicală;**
- 2. dovada calității de asigurat;**
- 3. copie după actul de identitate pentru beneficiar și pers.împuternicită.**