

Către Casa de Asigurări de Sănătate BUZĂU

Adresa: Str. Crizantemelor, nr.18

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 și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:

**)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.

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
