**Către Casa de Asigurări de Sănătate Calarasi**

Adresa: Calarasi, str. Independentei, nr.51

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

|_____|