Către

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ *

Subsemnatul(a),.....…….....…….....……

(nume, prenume)

domiciliat (ă) ...…….....…….posesor al

(str., nr, localitate, judet)

BI/CI seria….....nr. ……CNP

cunoscând prevederile privind falsul de identitate, faptă prevazută şi pedepsită de art. 293 Cod Penal, ***în calitate de:***

- părinte, soț/soție, fiu/fiică .....
- persoană împuternicită de către asigurat ☐
- reprezentant legal al asiguratului ☐

ma adresez C.A.S. CLUJ ***în numele asiguratului:*** …….....

(nume, prenume)

domiciliat (ă) în …….....…… posesor al

(str., nr, localitate, judet)

BI/CI seria…..... nr. …...……CNP

si ***solicit*** eliberarea unei decizii de aprobare pentru procurarea ***dispozitivului medical*** (denumirea

produsului):……..……...……
conform recomandării medicului de specialitate/ medicului de familie aflat în relație contractuala cu C.A.S. Cluj.

Anexez la prezenta cerere următoarele documente :

- Recomandare medicală întocmită de un medic specialist / medic de familie (dupa caz) aflat în relație contractuala cu C.A.S Cluj
- Actul care certifică calitatea de asigurat, după caz :
  - certificat de naştere, in copie, pentru copii până la varsta de14 ani ☐
  - BI/CI in copie, pentru copii cu varsta intre 14 – 18 ani ☐
  - document doveditor al calitatii de asigurat, ***vizat de C.A.S. Cluj:***
    - adeverința de salariat ☐
    - talon pensie, şomaj, ajutor social ☐
    - adeverința de elev sau student, pentru tinerii între 18-26 ani etc. ☐
- Declarație pe proprie răspundere, conform anexei
- BI/CI in copie, pentru asigurat şi pentru persoana care depune cererea
- Certificat de handicap, in copie (dupa caz) ☐
- Documentul care atestă calitatea de reprezentant legal (dupa caz) ☐

Solicit transmiterea deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, ***prin posta .*** ☐

Data……

Numele, prenumele persoanei imputernicite

……...……..

Semnătura…….……

**** NOTA: se completeaza de persoana care este imputernicita de catre asigurat.***