Către Casa de Asigurări de Sănătate Cluj
Adresa: str. Constanța, nr. 5, Cluj-Napoca

Data .....

CERERE

de eliberare a cardului european duplicat

1. Numele:

.....

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:

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
.....	.....

**) 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**.