

Casa de Asigurări de Sănătate Dolj
Craiova, str.1 Decembrie 1918, nr.8
Nr. Inregistrare.....
Data

CERERE-TIP
pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate *

Stimate domnule/Stimata doamna – Director General,

Prin prezenta formulez o cerere, conform titlului IX din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale de sănătate la adresa mai jos menționată.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria răspundere prin care certific faptul că nu intenționez să utilizez cardul european de asigurări sociale de sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situația în care beneficiaz de servicii medicale în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada în care nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuției de asigurări sociale de sănătate), mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru UE/SEE/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord unde au fost acordate aceste servicii medicale.

.....
(numele și prenumele)

Numele și prenumele persoanei

Adresa

CNP

Telefon

Fax

Interval orar*1)

**1) 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.*