

**CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ**

Str.Prahova, nr.5, Targu Jiu, Gorj, Romania – cod postal: 210126

E-mail: office@casgorj.ro Tel.: 0253 223 940 / 0253 223 950

casj-gj@casgorj.ro 0353 805 872 / 0353 805 873

Fax: 0253 223 621 TelVerde: 0800 800 963

Operator de date cu caracter personal numarul: 374

CERERE-TIP**pentru eliberarea cardului european de asigurari sociale de sanatate**

Stimate domnule/Stimata doamna presedinte - director general,

Prin prezenta formulez o cerere, conform titlului IX din Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sanatatii, prin care solicit sa imi fie eliberat cardul european de asigurari sociale de sanatate la adresa mai jos mentionata.

Prezenta cerere reprezinta în acelasi timp si o declaratie pe propria raspundere prin care certific faptul ca nu intentionez sa utilizez cardul european de asigurari sociale de sanatate pentru deplasari care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situatia în care beneficiez de servicii medicale în baza cardului european de asigurari sociale de sanatate în perioada în care nu mai indeplinesc toate conditiile în baza carora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contributiei de asigurari sociale de sanatate), ma oblig sa suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate si rambursate institutiei din statul membru al Uniunii Europene sau al Spatiului Economic European unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Prin completarea prezentei imi exprim consimtamantul in cunostinta de cauza, in mod expres, voluntar si neechivoc, pentru prelucrarea datelor mele cu caracter personal de catre CAS Gorj, conform Regulamentului (UE) 679/2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei 95/46/CE(Regulamentul general privind protectia datelor)

Numele si prenumele _____
Adresa _____
CNP _____
Telefon _____
Fax _____
Interval orar ¹⁾ _____

Documente anexate (conform Ordinului CNAS nr. 581/2014 cu modificarile si completarile ulterioare):

- Adeverinta de asigurat nr din
- Adeverinta de salariat
- Carte de identitate sau certificat de nastere

DATA

SEMNATURA

¹⁾ Se va trece intervalul orar în care persoana estimeaza ca va fi prezenta la adresa indicata pentru a primi cardul european de asigurari sociale de sanatate."