

CĂTRE,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI GORJ

Subsemnatul(a) _____, cu domiciliul în loc. _____,
strada _____, nr. _____, bloc _____, scara _____, etajul _____, apartamentul _____,
judetul _____, telefon _____, BI/CI seria _____ nr. _____,
CNP....., în calitate * de:

- beneficiar**
- membru al familiei (grad I si II* , soț / soție)**
- persoană împuternicită- prin act notarial/act de reprezentare prin avocat**
- reprezentantul legal al beneficiarului**

* În cazul în care, beneficiarul este o alta persoană nedepasabilă/care se află în imposibilitatea de a depune cererea în nume propriu , solicitantul va depune o copie după actul său de identitate si declarația pe propria răspundere dată de beneficiar că afectiunea nu a aparut in urma unei boli profesionale, a unui accident de munca sau sportiv.

Va rog sa binevoiti a-mi aviza un numar de _____ zile de **îngrijiri medicale la domiciliu** in baza recomandarii medicale anexate si conform prevederilor legale in vigoare.

Numele și prenumele beneficiarului: _____

Codul numeric personal (CNP): _____

Adresa pe perioada tratamentului :

Loc. _____ str. _____ nr. _____

bl. _____ ap. _____ jud. _____ .

Anexez:

- recomandarea medicala pentru ingrijiri medicale la domiciliu, insotita de planul de ingrijiri si scrisoarea medicala/biletul de externare;
- actul doveditor al calitatii de asigurat a beneficiarului (adeverinta de salariat, talon de pensie etc., dupa caz)
- copie B.I./C.I. sau certificat de nastere .

Data:

Semnatura:

Primit acte / Verificat Compartiment de specialitate (nume, prenume, semnătura)	Verificat , Dr. Sîncă George
---	--

** In conformitate cu art.406 alin(3) din Codul Civil, rude de grad I sunt **parintii si copiii in linie dreapta** dupa numarul nasterilor si rude de grad II sunt **nepotii si bunicii in linie dreapta**,respectiv **fratii,in linie colaterala**.