

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
HARGHITA

CERERE ELIBERARE
CARD NAȚIONAL DE ASIGURARE DE SĂNĂTATE

1.NUME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.PRENUME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. MOTIVUL SOLICITĂRII UNUI NOU CARD DE SĂNĂTATE

- a) PIERDERE b) FURT c) DISTRUGERE
d) MODIFICARE DATE PERSONALE (menționați seria card mai jos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA

.....

SEMNĂTURA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Depunerea cererii se va face împreună cu actul de identitate și o copie a acestuia.
În cazul modificării datelor personale pe card (punctul 5 –d), se va completa seria cardului deținut.
În caz de pierdere/furt/distrugere se va completa separat o declarație pe propria răspundere.
Toate câmpurile sunt obligatorii.