**DOMNULE PREŞEDINTE – DIRECTOR GENERAL,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu domiciliul în Bucureşti, strada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_, etajul \_\_\_\_, apartamentul \_\_\_, sector \_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,BI/CIseria\_\_\_\_,nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate\*de: 􀂆 beneficiar

părintele copilului minor

persoană împuternicită

reprezentantul legal al beneficiarului

Vă solicit să aprobaţi rambursarea cheltuielilor/emiterea/validarea formularului ………., pentru:

Numele şi prenumele beneficiarului: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codul numeric personal (CNP): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexez următoarele documente:

-

-

-

-

-

-

-

-

Declar pe proprie răspundere că nu beneficiez de asigurări sociale de sănătate în statul de reşedinţă.

Declar de asemenea că voi semnala, atât pentru mine cât şi pentru membrii familiei mele, orice schimbare de situaţie care ar putea modifica dreptul la prestaţiile în natură pe baza formularului solicitat.

***Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către CASMB, in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 și a reglementărilor interne în vigoare, în scopul asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.***

***□ DA □ NU***

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura solicitantului: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTĂ**

\*În cazul în care beneficiarul se află în imposibilitatea de a depune cererea în nume propriu, solicitantul va depune o copie după actul său de identitate şi o procură notarială/delegaţie reprezentant legal.

Domnului Preşedinte – Director General al

Casei de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti