

## IMPUTERNICIRE

Subsemnatul/a (nume pacient) ..... cu  
CNP....., in calitate de "Beneficiar", imputernicesc, prin prezenta, pe dl/  
d-na.....domiciliat/a (conform CI ) in localitatea.....strada  
.....bl.....sc.....etaj.....apt.....sector.....posesor al CI seria  
.....nr..... cu CNP .....

Pentru ( se bifeaza varianta/variantele aleasa/alese)

1. sa depuna cererea pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paleative si actele anexate cererii la Casa de Asigurari de Sanatate Neamț.
2. sa confirme prin semnatura actele depuse in copie.
3. sa ridice decizia de aprobare in original, pentru acordarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paleative.

Data

Nume pacient.....

Semnatura.....

Subsemnata/ subsemnatul.....(imputernicit).....domiciliat  
(conform CI ) in localitatea.....  
Strada .....nr.....bl.....sc.....etaj.....apt.....sector.....posesor al CI  
seria.....nr..... cu CNP .....cunoscand ca falsul  
in declaratie constituie infractiune care este sanctionata de Codul Penal conform art.326 declar pe  
propria raspundere ca sunt de acord sa reprezint pe pacientul.....CNP  
..... in relatia cu CAS Neamț pentru dosarul referitor la obtinerea de  
servicii de ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paleative.

Declar ca sunt/ nu sunt angajat/ reprezentant/ imputernicit al furnizorului de servicii de  
ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paleative..... aflat in relatie constructuala  
cu CAS Neamț.

Data

Nume imputernicit.....

Semnatura.....