**DOMNULE PREŞEDINTE – DIRECTOR GENERAL,**

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

 􀂆 persoană împuternicită

 􀂆 reprezentantul legal al beneficiarului

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Anexez următoarele documente:

-

-

-

-

-

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.

Menţionez că am luat la cunoștință de informațiile înaintate de CAS OLT prin circulara nr. 14356/25.05.2018 și **sunt de acord cu prelucrarea și protecția datelor cu caracter personal** în conformitate cu **Regulamentul UE 679/2016  privind  protectia persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor  cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor),**cunoscut ca și GDPR (General Data Protection Regulation) aplicabil începand cu 25.05.2018.

Domnului Preşedinte – Director General al

Casei de Asigurări de Sănătate OLT