

**CERERE**  
**pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate**

**Către:**

**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PRAHOVA**  
Str. Praga 1  
Ploiesti

**Data:** .....

**Stimate domnule/doamna Director General,**

Prin prezenta formulez o cerere, conform titlului IX din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale de sănătate. Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria răspundere prin care certific faptul că nu intenționez să utilizez cardul european de asigurări sociale de sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical.

De asemenea, în situația în care beneficiaz de servicii medicale în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada în care nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuției de asigurări sociale de sănătate), mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Numele și prenumele persoanei .....

Adresa .....

CNP .....

Telefon .....

Fax .....

Interval orar.....

**Semnătura,**