**Nr inregistrare........................**

**CERERE TIP**

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

 **Casa de Asigurări de Sănătate Satu Mare**

 Str. Lucian Blaga nr. 64, Satu Mare

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Stimate domnule Preşedinte - Director General,

 Prin prezenta formulez o cerere, conform Titlului IX din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, prin care solicit să îmi fie eliberat cardul european de asigurări sociale de sănătate la adresa mai jos menţionată.

 Prezenta cerere reprezintă în acelaşi timp şi o declaraţie pe proprie răspundere prin care certific faptul că nu intenţionez să utilizez cardul european de asigurări sociale de sănătate pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, în situaţia în care beneficiez de servicii medicale în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada în care nu mai îndeplinesc toate condiţiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuţiei de asigurări sociale de sănătate), mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi rambursate instituţiei din statul membru al Uniunii Europene sau al Spaţiului Economic European unde au fost acordate aceste servicii medicale.

 **Declar că am luat la cunoştinţă că informaţiile din cererea depusă precum şi din actele anexate vor fi prelucrate de CAS Satu Mare cu respectarea prevederilor Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date.**

 Semnătura solicitantului,

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

 Numele şi prenumele persoanei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adresa primire card \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Interval orar [[1]](#footnote-1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luat în evidenţă la **Casa de Asigurări de Sănătate**:

 **Satu Mare** **AOPSNAJ** **Alta**

 Deţin un card european de sănătate ce expiră la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(se bifează doar în cazul în care deţineţi deja un card european de sănătate în termen de valabilitate)*

1. Se va trece intervalul orar în care persoana estimează că va fi prezentă la adresa indicată pentru a primi cardul european de asigurări sociale de sănătate. [↑](#footnote-ref-1)