

Către Casa de Asigurări de Sănătate Satu Mare

Subsemnatul(a) _____,
 CNP _____, domiciliat(ă) în localitatea _____,
 str. _____,
 nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județ _____, solicit
 eliberarea unei adeverințe din care să rezulte că sunt asigurat(ă) CAS Satu Mare în
 calitate de (bifați poziția corespunzătoare):

<input type="checkbox"/>	Salariat / Persoană cu venit asimilat salariilor;
<input type="checkbox"/>	Persoană fizică autorizată (PFA) / Persoană fără venituri (PFV);
<input type="checkbox"/>	Pensionar ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care realizează venituri din agricultură și / sau silvicură ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din cedarea folosinței bunurilor ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din dividende ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din dobânzi ;
<input type="checkbox"/>	Persoană care obține venituri din drepturi de proprietate intelectuală ;
<input type="checkbox"/>	Asigurat fără plata contribuției conform Art. 213 din Lgea 95/2006:
<input type="checkbox"/>	Elev / Student cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani;
<input type="checkbox"/>	Tânăr cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani care provine din sistemul de protecția copilului;
<input type="checkbox"/>	Sot, soție sau părinte aflat în întreținerea unei persoane asigurate (coasigurat);
<input type="checkbox"/>	Persoană cu handicap;
<input type="checkbox"/>	Personal monahal;
<input type="checkbox"/>	Bolnav cu o afecțiune inclusă în programele naționale de sănătate;
<input type="checkbox"/>	Femeie însărcinată sau lăuză;
<input type="checkbox"/>	Persoană care se afla în concediu pentru creșterea copilului până la împlinirea vârstei de 2 ani;
<input type="checkbox"/>	Șomer;

	Persoană care face parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social conform Legii 416-2001;
	Persoană care se află în executarea unei pedepse private de libertate sau arest preventiv;
	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 118 / 1990;
	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 189 / 2000;
	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 44 / 1994;
	Persoană ale cărei drepturi sunt stabilite prin Decretul-Lege 309 / 2002;

MOTIVUL PENTRU CARE SE SOLICITA ADEVERINTA:

Medic de familie;		Formular european;
Medic dentist;		Card european;
Medic specialist;		Autoritatea pentru străini;
Îngrijiri la domiciliu;		Spital
Orteze / proteze;		Data internării: _____
Comisii terapeutice;		Altele.

Depun anexat documente conform Legii 95/2006, în baza Ordinului 617/2007, cu modificările și completările ulterioare.

Data:

Semnătura:

Număr de telefon: