

Către
Casa de Asigurări de Sănătate Vâlcea

Subsemnatul/subsemnata (numele și prenumele) _____,
CNP/cod unic de asigurare _____, posesor al actului de
identitate CI/BI ____, seria _____, nr. _____, cu domiciliul/reședința în localitatea
_____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc.
_____, etaj _____, ap. _____, județ/sector _____, telefon (fix/mobil –
opțional) _____, în calitate de

asigurat BENEFICIAR al dispozitivului solicitat,

împuternicit de BENEFICIARUL _____, cu
domiciliul/reședința în localitatea _____, str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, etaj _____, ap. _____, județ/sector _____,
CNP/cod unic de asigurare _____, posesor al actului de
identitate CI/BI ____, seria _____, nr. _____, în calitate de:

soț soție;

rudă de grad I (părinți fiu fiică);

rudă de grad II (bunic/nepot, frate/soră);

persoană împuternicită legal de asiguratul beneficiar prin act notarial act de
reprezentare prin avocat;

reprezentantul legal al asiguratului beneficiar,

în vederea **depunerii cererii** însoțită de actele anexate, vă solicit să aprobați emiterea
Deciziei de aprobare pentru procurarea / închirierea dispozitivului medical
_____, conform prescripției medicale pentru:

Nume și prenume **asigurat beneficiar**: _____

Codul numeric personal (CNP) al asiguratului beneficiar _____

Declar că (se va bifa una dintre variante):

- sunt încadrat în grad de handicap accentuat/grav

- nu sunt încadrat în grad de handicap accentuat/grav

Beneficiarul declară pe propria răspundere că este de acord să plătească diferența de preț în cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului este mai mare decât prețul de referință decontat de CAS VÂLCEA pentru dispozitivul respectiv.

Anexez următoarele **documentele doveditoare**:

1. Pentru **ADULȚI** (se va bifa unde este cazul):

prescripția medicală în **original**

2. Pentru **SALARIAȚI**: adeverință de salariat

3. Pentru **COPII** (se va bifa unde este cazul):

prescripția medicală în **original**

4. Pentru **PROTEZĂ AUDITIVĂ** : audiogramele în original, contrasemnate de medicul ORL;

5. Pentru **CRISTALIN**: biometria în original, care trebuie să conțină numele și prenumele asiguratului,
CNP - ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării;

6. Pentru **ECHIPAMENTELE DE OXIGENOTERAPIE ȘI VENTILAȚIE NONINVAZIVĂ** –

Prescripțiile medicale trebuie să fie însoțite de documente medicale din care să rezulte îndeplinirea
condițiilor pentru recomandarea acestor dispozitive medicale, condiții prevăzute la punctul 9 din anexa nr. 38
la Norme.

Data: _____

Semnătura: _____

Subsemnatul / subsemnata _____ iau act de faptul că, în condițiile în care, pentru furnizarea serviciului public solicitat prin prezenta cerere, respectiv emiterea de către CAS Vâlcea a deciziei de aprobare pentru **PROCURAREA-ÎNCHIRIEREA DISPOZITIVULUI MEDICAL** solicitat, sunt necesare date cu caracter personal deținute sau gestionate de o altă autoritate sau instituție publică, **îmi exprim consimțământul expres ca aceste date cu caracter personal să fie colectate și prelucrate de către CAS Vâlcea.**

Iau act de faptul că, **temeiul** prelucrării datelor cu caracter personal care mă privesc de către CAS Vâlcea, furnizate prin prezenta cerere în calitate de:

asigurat membru de familie/reprezentant / persoană împuternicită de asigurat,

este conform dispozițiilor art.5 alin.(1) și alin.(2) din **Regulamentul (UE) nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date**, **scopul** prelucrării fiind emiterea de către CAS Vâlcea a deciziei de aprobare pentru **PROCURAREA-ÎNCHIRIEREA DISPOZITIVULUI MEDICAL** solicitat.

Iau act, inclusiv de drepturile pe care le am (**dreptul de acces** la datele mele cu caracter personal, **dreptul la rectificarea** datelor mele cu caracter personal inexacte, **dreptul la ștergerea** datelor mele cu caracter personal, **dreptul la restricționarea prelucrării**, **dreptul la portabilitatea datelor**, **dreptul la opoziție**, **dreptul de a nu face obiectul** unei decizii bazate exclusiv pe prelucrarea automată, inclusiv crearea de profiluri) și modalitățile în care-mi pot exercita aceste drepturi.

Data: _____

Semnătura: _____