

Către Casa de Asigurări de Sănătate Vâlcea

Data ____/____/____

VIZAT, Evidența cereri card
Semnătura _____

VIZAT, Evidența asigurați
Categoria _____
Data _____
Semnătura _____

REGISTRATURA, Număr:

CERERE-TIP

pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate și a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului pentru persoanele asigurate, beneficiare ale Acordului privind retragerea Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord din Uniunea Europeană și din Comunitatea Europeană a Energiei Atomice

Stimate(a) domnule(doamna) Director General,

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

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe proprie 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 Fondul 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.

*Iau act de faptul că, **temeiul** prelucrării datelor cu caracter personal care mă privesc de către CAS Vâlcea, furnizate prin prezenta cerere, 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 eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate..*

*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.*

(numele și semnătura)

Numele și prenumele persoanei _____

Adresa Localitate _____ Strada _____

Nr. _____ bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____

Sector/județ _____ Cod postal _____

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon

Fax

Notă:

1. Dacă aveți deja un card european în termen de valabilitate precizați data până când este valabil - _____

2. Dacă doriți **certificat înlocuitor** al cardului, precizați perioada _____ - _____ și motivul pentru care doriți eliberarea lui (ex: nu a fost solicitat la plecare, a fost pierdut, este o situație de urgență care necesită plecarea în mai puțin de 7 zile, etc.) _____

3. Data începerii termenului de valabilitate a cardului european:

zi	lună	an