

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE IAȘI

CERERE DE ELIBERARE A CARDULUI DUPLICAT

1. NUMELE :

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

2. PRENUMELE :

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

3. ☐ CNP / ☐ CID :

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

4. SOLICIT ELIBERAREA CARDULUI DUPLICAT ȘI DECLAR PE PROPRIA RĂSPUNDERE, CUNOSCÂND DISPOZIȚIILE ART.326 DIN CODUL PENAL CU PRIVIRE LA FALSUL ÎN DECLARAȚII, URMĂTOARELE: MOTIVUL SOLICITĂRII CARDULUI DUPLICAT:

a) ☐ PIERDERE

b) ☐ FURT

c) ☐ DETERIORARE

d) ☐ MODIFICĂRI ALE DATELOR PERSONALE (menționați numărul cardului mai jos):

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

e) ☐ ALTE SITUAȚII JUSTIFICATE:

SAU

5. SOLICIT ELIBERAREA CARDULUI DUPLICAT PENTRU:

☐ DEFECȚIUNI TEHNICE, ERORI ALE INFORMAȚIILOR ÎNSCRISE SAU CARDUL NU POATE FI UTILIZAT DIN MOTIVE TEHNICE DE FUNCȚIONARE (menționați numărul cardului mai jos):

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

DATA

____/____/____

SEMNĂTURA

--

Telefon de contact _____

Depunerea cererii se va face însoțită de o copie a actului de identitate. La pct. 4 bifați o singură opțiune.