

C Ă T R E

Casa de Asigurări de Sănătate Braila
Adresa: Str.Rosiorilor Nr.395 – Braila

Stimate Domnule/Stimată Doamnă Presedinte-Director General,

Prin prezenta formulez o cerere, conform Titlului IX din Legea nr. 95/2005 privind reforma în domeniul sănătății, prin care solicit să îmi fie eliberat Cardul European de Asigurări Sociale de Sănătate la adresa mai jos menționată.

În situația în care această cerere este aprobată sunt de acord să achit contravaloarea acestui card în contul indicat de casa de asigurări de sănătate.

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 dar nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contribuției de asigurări sociale de sănătate) pe toată perioada de valabilitate a acestuia, mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru UE unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Semnătura solicitantului

.....

Numele și prenumele persoanei: _____

Adresa: _____

Cod Numeric Personal (CNP): _____

Telefon: _____

Fax: _____

Interval orar: _____

Data depunerii cererii: _____

Documente anexate:

- Carte de identitate
- Buletin de identitate
- Certificat de naștere
- Dovada calitatii de asigurat
