

**Cerere tip pentru eliberarea
cardului european de asigurări sociale de sănătate**

**catre CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI CLUJ
Str. Constanța nr. 5, Cluj-Napoca**

Stimate domnule / Stimate doamnă Președinte – 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 beneficiez 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 Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru UE unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Numele _____ prenumele _____

Prenumele tatalui _____

ADRESA DE CORESPONDENTA : jud _____ localitate _____

str _____ nr _____ ap _____ tel _____

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

 CNP

Detin un card european :

--	--	--

 valabil pana la data de

expirat
nu detin

Data _____

(numele si semnatura)