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 / Stimată doamnă Preşedinte – 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 acelaşi timp şi 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 şi 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)