FORMULAR

CERERE

pentru eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate

SE COMPLETEAZĂ DE CASA MARAMUREȘ

Nr. înregistrare | Data

CĂTRE **Casa de Asigurări de Sănătate Maramureș** — în atenția Directorului General

ADRESA Str. Dr. Gheorghe Bilașcu, Nr. 22A, 430243 Baia Mare, județul Maramureș

1 DATELE SOLICITANTULUI

NUMELE ȘI PRENUMELE *

CNP * | TELEFON * | E-MAIL

2 ADRESA LA CARE SE LIVREAZĂ CARDUL

STRADA, NUMĂRUL, BLOC, SCARĂ, ETAJ, APARTAMENT *

LOCALITATEA * | JUDEȚUL * | COD POȘTAL | INTERVAL ORAR [1)]

JUDEȚUL *: MARAMUREȘ

3 SOLICITAREA ȘI DECLARAȚIA PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul(a), identificat(ă) prin datele de la punctul 1, formulez prezenta cerere în temeiul Titlului IX din **Legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, republicată, și solicit eliberarea cardului european de asigurări sociale de sănătate la adresa indicată la punctul 2.

Prezenta cerere reprezintă totodată o **declarație pe propria răspundere**, prin care certific că nu intenționez să utilizez cardul european pentru deplasări care au ca scop beneficierea de tratament medical. În situația în care beneficiez de servicii medicale în baza cardului european în perioada în care nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora a fost eliberat (inclusiv plata contribuției de asigurări sociale de sănătate), 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 al UE / SEE, din Confederația Elvețiană sau din Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord unde au fost acordate aceste servicii.

☐ Doresc **certificatul provizoriu de înlocuire** a cardului european (CIP)

Protecția datelor cu caracter personal. Prin furnizarea datelor cu caracter personal în prezentul înscris, cunoscând că Casa de Asigurări de Sănătate Maramureș este operator de date cu caracter personal, îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea acestora în scopul vizat de obiectul cererii depuse.

DATA COMPLETĂRII * (ZZ · LL · AAAA)

SEMNĂTURA SOLICITANTULUI *

semnătura olografă sau electronică

[1)] Se trece intervalul orar în care persoana estimează că va fi prezentă la adresa indicată pentru a primi cardul european de asigurări sociale de sănătate. Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii.