

CERERE

de eliberare a adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate

SE COMPLETEAZĂ DE CAS
MARAMUREȘ

Nr. înregistrare

Data

CĂTRE Casa de Asigurări de Sănătate Maramureș – în atenția Directorului General

1 DATELE SOLICITANTULUI

NUMELE ȘI PRENUMELE *

NĂSCUT(Ă) LA *

ÎN LOCALITATEA *

DOMICILIAT(Ă) ÎN *

STRADA *

NR.

BL.

SC.

ET.

AP.

SECTORUL / JUDEȚUL *

MARAMUREȘ

ACT DE IDENTITATE *

SERIA

NR.

ELIBERAT(Ă) DE

LA DATA

☐ BI ☐ CI

CNP *

COD DE IDENTIFICARE AL ASIGURATULUI
(CID)

2 DECLARAȚIA ȘI SOLICITAREA

Subsemnatul(a), identificat(ă) prin datele de la punctul 1, **declar pe propria răspundere**, cunoscând dispozițiile **art. 326 din Codul penal** cu privire la falsul în declarații, că **refuz în mod expres, din motive religioase sau de conștiință**, primirea cardului național de asigurări sociale de sănătate cu numărul de identificare:

și solicit eliberarea **adeverinței de asigurat** cu o valabilitate de 3 luni.

3 SITUAȚIA CARDULUI *)

- ☐ Depun cardul național de asigurări sociale de sănătate.
- ☐ Declar că am returnat cardul național de asigurări sociale de sănătate Casei de Asigurări de Sănătate Maramureș anterior prezentei cereri.

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 *

SEMNĂTURA *

semnătura olografă sau electronică

*) La pct. 3 bifați o singură opțiune. Câmpurile marcate cu * sunt obligatorii.