Către Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului Bucureşti
Şos. Bucureşti – Ploieşti nr. 7, sector 1, Bucureşti
Data .....

CERERE
de eliberare a cardului european duplicat

1. Numele:

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2. Prenumele:

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3. |_| CNP/|_| CID:

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4. Telefon

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

5. Interval orar*)

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

6.**) Solicit eliberarea cardului european duplicat şi declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, următoarele:

Motivul solicitării cardului european duplicat:

a) |_| Pierdere; b) |_| Furt; c) |_| Deteriorare;

d) |_| Modificări ale datelor personale (menţionaţi numărul cardului mai jos):

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

e) |_| Alte situaţii justificate:

_____

Data
.....

Semnătura

_____
| |
|_____|

*) Se va trece intervalul orar în care persoana estimează că va fi prezentă la adresa indicată pentru a primi cardul european de asigurări sociale de sănătate.

**) La pct. 6 bifaţi o singură opţiune.

Pentru situaţiile de la lit. a), b), c) şi e), cererea este însoţită de o copie a actului de identitate, dovada plăţii contravalorii cardului european duplicat.

Pentru situaţiile de la lit. d), cererea este însoţită de o copie a actului de identitate, dovada plăţii contravalorii cardului european duplicat şi cardul european emis iniţial.

CASMB respectă prevederile Regulamentul European (UE) 2016/679 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor)