

**CERERE TIP**  
**pentru eliberarea cardului european de asigurari sociale de sanatate**

**Catre : Casa de Asigurari de Sanatate Prahova**

**Adresa : Ploiesti, Str.Praga, nr.1**

**Data : \_\_\_\_\_**

**Stimate domnule Presedinte – Director General,**

Prin prezenta formulez o cerere, conform titlului IX din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, prin care solicit sa imi fie eliberat cardul european de asigurari sociale de sanatate la adresa mai jos mentionata.

Prezenta cerere reprezinta in acelasi timp si o declaratie pe propria raspundere prin care certific faptul ca nu intentionez sa utilizez cardul european de asigurari sociale de sanatate pentru deplasari care au ca scop beneficierea de tratament medical. De asemenea, in situatia in care beneficiaz de servicii medicale in baza cardului european de asigurari sociale de sanatate in perioada in care nu mai indeplinesc toate conditiile in baza carora s-a eliberat cardul (inclusiv plata contributiei de asigurari sociale de sanatate), ma oblig sa suport in totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate si rambursate institutiei din statul membru al Uniunii Europene unde au fost acordate aceste servicii medicale.

\_\_\_\_\_

(numele si prenumele)

**Numele si prenumele persoanei** \_\_\_\_\_

**Adresa :** \_\_\_\_\_

**CNP** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

**Interval orar** \_\_\_\_\_