**DOMNULE PRESEDINTE DIRECTOR-GENERAL**

Subsemnatul(a) cu domiciliul in str. , nr. bloc scara etajul , ap. , telefon , in calitate de :

Beneficiar

Parinte copil minor

Persoana imputernicita

Reprezentatn legal al beneficiarului

Va solicit sa-mi aprobati rambursarea cheltuielilor/emiterea /validarea formularului pentru:

Numele si prenumele beneficiarului

Cod numeric personal

Anexez urmatoarele documente:

-

-

-

-

-

-

Declar pe propria raspundere ca nu beneficiez de asigurari sociale de sanatate in statul de resedinta.

Declar, de asemenea, ca voi semnala, atat pentru mine cat si pentru membrii familiei orice schimbare de situatie care ar putea modifica dreptul la prestatiile in natura pe baza formularului solicitat.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de catre CAS IALOMITA in conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 si a reglementarilor interne in vigoare in scopul asigurarii functionarii sistemului de asigurari sociale de sanatate.

 Semnatura

 Data Semnatura solicitantului

 Domnului Presedinte Director-General al Casei de Asigurari de Sanatate Ialomita