

ANEXA 7

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

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

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data de, în localitatea, domiciliat(ă) în, str., nr., bl., sc., et., apt., sectorul/județul, posesor/posesoare al/a BI/CI seria nr., eliberat(ă) de la data de, Cod Numeric Personal, având. codul de identificare al asiguratului (CID), 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

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

Data

Semnătura

.....

Nr. Telefon

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