

CERERE
DE ELIBERARE A FORMULARULUI EUROPEAN
E 112

CĂTRE

**Casa de Asigurari de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si
Autoritatii Judecatoresti**
Adresa: Str. POPA SAVU, NR.45
SECTOR 1, BUCURESTI

Domnule Presedinte-Director General,

Prin prezenta formulez o cerere prin care solicit să îmi fie eliberat Formularul European E 112, conform prevederilor Regulamentului CEE nr. 1408/ 1971 si a Regulamentului CEE nr. 574/ 1972.

Prezenta cerere reprezintă în acelasi timp si o declaratie pe proprie raspundere prin care certific datele personale mentionate mai jos.

1. Categoria de asigurat in care se incadreaza solicitantul	<input type="checkbox"/> Persoana asigurata <input type="checkbox"/> Lucrator independent <input type="checkbox"/> Titular de pensie <input type="checkbox"/> Membru al familiei persoanei asigurate
1. 1. Numele si prenumele persoanei care solicita formularul:	
1.2. Data nasterii	
1.3. Cod Numeric Personal (CNP)	
1.4. Adresa in statul competent (Romania)	
1.5. Unitatea sanitara in care persoana in cauza se deplaseaza (adresa)	
2. Persoana solicitanta doreste pastrarea dreptului la prestatii in natura ale asigurarii de boala-maternitate in tara in care el /ea se deplaseaza	<input type="checkbox"/> Pentru a-si stabili acolo resedinta <input type="checkbox"/> Pentru a primi acolo tratament de la..... Sau de la orice alt asezamant similar in cazul unui transfer care este necesar din punct de vedere medical cu privire la acest tratament <input type="checkbox"/> Pentru a trimite acolo probe biologice in vederea efectuarii de analize, fara ca persoana in cauza sa fie prezenta acolo.
3. Respectivale prestatii pot fi acordate, pe baza acestui atestat.	De la.....la.....inclusiv. (Data)
4. Raportul medicului prescriptor	<input type="checkbox"/> Este anexat la prezenta cerere

De asemenea, în situația în care beneficiaz de servicii medicale în baza Formularului European E 112, dar nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora s-a eliberat acesta pe toată perioada de valabilitate a acestuia, mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și rambursate instituției din statul membru UE unde au fost acordate aceste servicii medicale.

Semnătura solicitantului

.....

Telefon:	
Fax:	
Data depunerii cererii:	

* Am luat la cunostinta ca nu se deconteaza cheltuielile de transport si pentru insotitor.