

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A JUDEȚULUI NEAMȚ
CERERE de eliberare a cardului duplicat

1. Numele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Prenumele:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr. Telefon:.....

3. CNP/ CID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Solicit eliberarea cardului duplicat și declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, motivul solicitării cardului duplicat: *

- a) Pierdere; b) Furt; c) Deteriorare;
d) Modificări ale datelor personale (menționați numărul cardului mai jos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e) Alte situații justificate:

.....
.....

sau

5. Solicit eliberarea cardului duplicat pentru:

Defecțiuni tehnice, erori ale informațiilor înscrise sau cardul nu poate fi utilizat din motive tehnice de funcționare (menționați numărul cardului mai jos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data:.....

Semnătura:.....

Depunerea cererii se va face însoțită de o copie a actului de identitate, dovada plății contravalorii cardului duplicat, cardul național emis inițial.

*La punctul 4 bifați o singură opțiune