

C E R E R E
**privind furnizarea Listei privind serviciile medicale, medicamentele și
dispozitivele medicale de care a beneficiat persoana asigurată în anul
precedent, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale
de sănătate**

1. Se completează de asigurat, pentru cererea formulată în nume propriu:

Subsemnatul/a _____,
domiciliat/ă în _____,
CID/CNP _____, BI/CI _____, persoană asigurată în
evidența CAS Constanța vă solicit să-mi furnizați Lista serviciilor medicale, medicamentelor și
dispozitivelor medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de
sănătate de care am beneficiat în anul precedent.

2. Se completează de reprezentantul legal al asiguratului:

Subsemnatul _____, domiciliat/ă
în _____,
CID/CNP _____, BI/CI _____, împuternicit legal al dlui/dnei
_____ domiciliat/ă în _____
_____ CID/CNP _____, BI/CI _____,
persoană asigurată în evidența CAS Constanța, prin (se trece tipul, numărul și data actului de
împuternicire) _____ vă solicit să-mi furnizați
Lista serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale decontate din bugetul
Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de care a beneficiat persoana care m-a
împuternicit în anul _____. **Anexez la prezenta cerere o copie a actului de împuternicire.**

3. Solicit ca această listă să-mi fie pusă la dispoziție (se bifează o singură opțiune):

- La ghișeul CAS Constanța
- Prin e-mail, pe adresa _____

Parolă de acces:

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

**4. Înțeleg că informațiile colectate și prelucrate de către CAS Constanța, cu sediul în
Constanța, Bd. Mamaia nr. 57, tel. 0372.825.917, email secretariat@casct.ro, fac parte din
categoria datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 2016/679 al
Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 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), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind
prelucrarea datelor cu caracter personal și sunt furnizate în scopul soluționării prezentei
cereri. Pentru informații suplimentare vă rugăm să vă adresați responsabilului cu
protecția prelucrărilor de date din cadrul CAS Constanța, tel. 0799.730.440, email
dpo@casct.ro.**

Data _____

Semnătura _____

*Cererea, completată și semnată de către persoana asigurată sau, după caz, reprezentantul legal al acesteia, se depune la sediul casei de asigurări de sănătate unde este luat în evidență asiguratul sau **se transmite prin e-mail cu semnătură electronică calificată** și este însoțită, după caz, de copia actului de împuternicire.