

Nr. inreg

Data

Către Casa de Asigurări de Sănătate DOLJ

Domnule Președinte - Director General,

Subsemnatul(a).....

CNP.....cu domiciliul in str

....., nr....., bl....., sc....., et ap

..... tel

In conformitate cu dispozitiile *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, **formulez prezenta cerere prin care solicit eliberarea unei adeverinte din care sa rezulte faptul ca sunt asigurat(a) in sistemul de asigurari sociale de sanatate din Romania si beneficiaz de pachetul de servicii medicale de baza.**

In situația în care intervin modificari privind datele de identificare sau conditiile de dobandire a calitatii de asigurat, respectiv de beneficiar al pachetului de servicii medicale de baza, ma oblig ca in termen de 15 zile, sa anunt CAS Dolj si medicul de familie.

Nume, prenume, semnatura

.....