

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

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, următoarele 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 pct. 4 bifați o singură opțiune