



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 pentru ai servii la Serviciul de Investigare al Infracțiunilor Economice din Cadrul I.J.P. ARAD

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 ARAD sau scoasă din evidența conform
cererii din _____ și solicitării nr. _____ 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, până la data
scoaterii din evidență în cazul în care am fost scos din evidență 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 BIHOR , 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 BIHOR
 - ☐ Prin e-mail, pe adresa _____
- Parolă de acces:

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

4. Înțeleg că informațiile colectate și prelucrate de către CAS ARAD 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, precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal și sunt furnizate în scopul soluționării prezentei cereri.

Data _____ Semnătura _____



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ARAD

**Arad, Bdul. Revoluției Nr. 45, cod
postal 310181, jud. Arad e-mail : 0257.270.307 , casar@casar.ro.**

- 0800-800968 TelVerde - Centrala telefonică (Robot) : 0257.270.202 ;
