

**CERERE**  
**DE ELIBERARE A FORMULARULUI EUROPEAN**  
**S2/E 112**

Către,

CASAOPSNAJ

Adresa: Str. Popa Savu, nr.45, București, sector 1

**Domnule Director General,**

Prin prezenta formulez o cerere prin care solicit să îmi fie eliberat formularul european S2/E112, conform prevederilor art.20 din Regulamentul CE nr.883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și ale art.26 din Regulamentul CE nr.987/2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului CE nr. 883/2004.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria răspundere prin care certific datele personale menționate mai jos :

1. Categoria de asigurat în care se încadrează solicitantul	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Persoană asigurată</li><li><input type="radio"/> Lucrător independent</li><li><input type="radio"/> Titular de pensie</li><li><input type="radio"/> Membru al familiei persoanei asigurate</li></ul>
1.1.Numele si prenumele persoanei care solicită formularul	
1.1.Data nașterii	
1.2.Cod Numeric Personal (CNP)	
1.3.Adresa în statul competent (România)	
1.4.Unitatea sanitară la care se deplasează persoana în cauză (adresa)	
2. Persoana solicitantă dorește păstrarea dreptului la prestații în natură ale asigurării de boala-maternitate în baza formularului S2/E112 în țara în care se deplasează	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Pentru a-și stabili acolo reședința</li><li><input type="radio"/> Pentru a primi acolo tratament de la..... Sau de la orice alt așezământ similar în cazul unui transfer care este necesar din punct de vedere medical cu privire la acest tratament</li><li><input type="radio"/> Pentru a trimite acolo probe biologice în vederea efectuării de analize, fără ca persoana în cauză sa fie prezentă acolo.</li></ul>
3. Respectivale prestații pot fi acordate pe baza acestui atestat	De la..... la..... inclusiv. (Data/zi/lună/an)
4. Raportul medicului prescriptor	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Este anexat la prezenta cerere</li></ul>

De asemenea, declar că în situația în care beneficiaz de servicii medicale în baza formularului european S2/E112, dar nu mai îndeplinesc toate condițiile în baza cărora s-a eliberat acesta, pe toată perioada lui de valabilitate, mă oblig să suport în totalitate contravaloarea serviciilor medicale decontate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) care a fost rambursată de către CASAOPSNAJ instituției din statul membru UE în care au fost acordate serviciile medicale.

### **Semnătura solicitantului**

.....

<b>Telefon:</b>	
<b>E-mail:</b>	
<b>Data depunerii cererii:</b>	

\*Am luat la cunoștință că nu se decontează cheltuielile de transport și cele pentru însoțitor.