

INTRARE

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

Anexa nr 2

COMANDANTULUI SPITALULUI MILITAR CRAIOVA

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_,  
domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_ strada \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Sc. \_\_\_\_\_,  
ap. \_\_\_\_\_ județul \_\_\_\_\_, posesor al B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de  
\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, în calitate de :

- cadru militar în rezervă/retragere/pensionar militar (art.4 lit.f) din Ord. M.Ap.N. nr. 110/2009 cu modificările și completările ulterioare);
- militar pensionar din motive de invaliditate de urmare a unor accidente în serviciu sau unor boli contractate în timpul și din cauza îndeplinirii obligațiilor militare, care ulterior a optat pentru pensia din sistemul asigurărilor sociale de stat (art.4 lit.h) din Ord. M.Ap.N. nr. 110/2009 cu modificările și completările ulterioare);
- veteran,/văduvă/invalid de război/alte categorii de persoane prevăzute de legi speciale (art.4 lit.j) din Ord. M.Ap.N. nr. 110/2009 cu modificările și completările ulterioare);

**Solicit decontarea contravalorii contribuției personale pentru :**

(se bifează una din casuțele de mai jos)

- medicamentele compensate prescrise pe rețete tip CNAS;
- medicamente prescrise pe rețete simple;

**Anexez la prezentul raport următoarele :**

- fotocopia recomandării medicale;
- factura fiscală emisă de farmacia care a eliberat medicamentele (în original);
- bonul fiscal aferent facturii fiscale (în original);
- fotocopia componenta prescriere și componenta eliberare a rețetei ;
- fotocopia actului de identitate;
- fotocopia ultimului talon de pensie.

**Solicit plata contravalorii contribuției personale prin :**

(se bifează una din casuțele de mai jos)

- virament bancar în contul \_\_\_\_\_ (se va preciza codul IBAN), deschis la banca \_\_\_\_\_, sucursala \_\_\_\_\_ pe numele \_\_\_\_\_ identificat cu B.I./C.I. Seria \_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ având CNP \_\_\_\_\_
- Mandat- și îmi exprim acordul pentru suportarea taxelor de expediție.

Persoană de contact \_\_\_\_\_  
(Numele și prenumele) \_\_\_\_\_ (grad de rudenie, calitatea persoanei în raport cu solicitantul)

Telefon fix/mobil \_\_\_\_\_  
(personal sau la persoanei de contact care este în măsură a da detalii referitoare la raportul adresat spitalului militar

DATA \_\_\_\_\_

SEMNĂTURA

*Am luat la cunoștință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate conform Regulamentului European NR.679 / 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.*