

COMANDANTULUI SPITALULUI MILITAR _____/CMDTA

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. M110/2009 cu modificările și completările ulterioare);
- Militar pensionat din motive de invaliditate ca 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. M110/2009 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. M110/2009 cu modificările și completările ulterioare) :

Solicit decontarea contravalorii contribuției personale pentru:

(se bifează una din căsuțele de mai jos)

- Medicamente compensate prescrise pe rețete tip CNAS;
- Medicamente prescrise pe rețete (rețete) simple;

Anexez la prezentul raport următoarele:

- fotocopie rețete tip CNAS sau rețetă (rețetă) simplă în original ;
- factura fiscală emisă de farmacia care a eliberat medicamentele (în original) ;
- bonul fiscal aferent facturii fiscale (în original);
- fotocopia actului de identitate;
- fotocopia ultimului talon de pensie;

Solicit plata contravalorii contribuției personale prin:

(se bifează una din căsuțele de mai jos)

- Virament bancar în contul nr. _____ (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 _____ - _____

(nume și prenume)

(grad de rudenie, calitatea persoanei în raport cu solicitantul ex.: :soț/soție, fiu/fiică, etc.)

Telefon fix/mobil: _____

(personal sau al persoanei de contact care este în măsură să dea detalii referitoare la raportul adresat spitalului militar/CMDTA)

Data,

Semnătura,