

COMANDANTUL SPITALULUI CLINIC MILITAR DE URGENȚĂ IAȘI

Subsemnatul(a) _____, CNP _____,
domiciliat în localitatea _____, strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul _____, posesor al BI/CI seria _____ nr. _____, eliberat de _____ la data de _____, în calitate de :

- ☐ Cadru militar în rezervă / retragere, pensionar militar (art. 4 lit. f);
- ☐ Militar pensionat din motive de invaliditate ca urmare a unor accidente în serviciu sau unor boli contactate în timpul și din cauza îndeplinirii obligațiilor militare care, ulterior a optat pentru pensia din sistemul asigurărilor sociale de stat (art. 4 lit. h);
- ☐ Veteran/văduvă/invalid de război/alte categorii de persoane prevăzute de legi speciale (art. 4 lit. j);

Solicit decontarea contravalorii contribuției personale pentru :

- ☐ Medicamentele compensate prescrise pe rețete tip CNAS;
- ☐ Medicamentele prescrise pe rețete simple

Anexez la prezentul raport următoarele:

- ☐ recomandarea medicală: fotocopie rețetă tip CNAS și fotocopia eliberată de farmacie;
- ☐ recomandarea medicală: rețeta simplă (în original);
- ☐ factura fiscală emisă de farmacia care a eliberat medicamentele (în original);
- ☐ bonul fiscal aferent facturii fiscale (în original);
- ☐ fotocopie scrisoare medicală (pentru rețeta simplă);
- ☐ fotocopie act de identitate;
- ☐ fotocopie după documente doveditoare a calității de cadru militar în rezervă / retragere, pensionar militar (cupon de pensie, legitimație de pensionar militar, de veteran etc.).

Solicit plata contravalorii contribuției personale prin :

- ☐ virament bancar în contul nr. _____ (se va preciza codul IBAN) deschis la banca _____, sucursala _____, pe numele _____ având CNP _____;
- ☐ mandat poștal și îmi exprim acordul pentru suportarea taxelor de expediție .
- ☐ numerar - de la casieria spitalului militar.

Persoană de contact: _____ - _____
(nume și prenume) (grad de rudenie, calitatea persoanei în raport cu solicitantul ex.: soț/soție, fiu/fică, etc.)

Telefon fix/mobil : _____

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

Data : _____

Semnătura : _____