

COMANDANTULUI SPITALULUI MILITAR DE URGENȚĂ CONSTANȚA

Subsemnatul _____, CNP _____

domiciliat în loc. _____, str. _____ 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) din Ord. MAPN nr. M-110 / 2009 cu modificările și completările ulterioare;
- ☐ militar pensionat din motive de invaliditate ca urmare a unor accidente în serviciu sau a 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. MAPN nr. M-110 / 2009 cu modificările și completările ulterioare;
- ☐ veteran/văduvă/invalid de război/alte categorii de persoane prevăzute de legi speciale stat (art.4 lit.h) din Ord. MAPN nr. M-110 / 2009 cu modificările și completările ulterioare;

Solicit decontarea contravalorii contribuției personale pentru :
(se bifează una din căsuțele de mai jos)

- ☐ medicamentele compensate prescrise pe rețete tip CNAS;
- ☐ medicamentele prescrise pe rețete simple;
Anexez la prezentul raport următoarele:
 - fotocopia recomandării medicale ; Rețeta simplă
 - fotocopia recomandării medicale : Rețeta de la medic și Taxare Rețeta –din farmacie ;
 - factură fiscală emisă de farmacia care a eliberat medicamentele (în original) ;
 - bon fiscal aferent facturii fiscale (în original);
 - fotocopia actului de identitate;
 - fotocopia ultimului talon de pensie .
 - fotocopia extrasului de cont

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 BI/CI 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 solicitantului 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)

Data:

Semnătura: