

COMANDANTULUI C.M.D.T.A. „Acad. ȘTEFAN MILCU“

Subsemnatul(a) _____

C.N.P. _____, domiciliat în localitatea _____,
 strada _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, 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. 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 contactate în timpul și din cauza îndeplinirii obligațiilor militare care, ulterior am optat pentru pensia din sistemul asigurărilor sociale de stat (art. 4 lit. h) din Ord. M.Ap.N. nr. M 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. M 110/2009 cu modificările și completările ulterioare.

Solicit decontarea contravalorii contribuției personale pentru:

(se bifează una din opțiunile de mai jos)

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

Anexez pentru raport următoarele:

- fotocopia recomandării medicale;
- 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 opțiunile 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
 C.N.P. _____;

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: 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/CMDTA)

Data**Semnătura**