

CĂTRE COMANDANTUL SPITALULUI MILITAR FOCȘANI

Subsemnatul(a), CNP

Domiciliat(ă) în localitatea, strada nr.

bl., sc., ap., județul, posesor al B.I./C.I. seria

....., eliberat(ă) de la data de, în calitate de:

☐ cadru militar în rezervă/retragere, pensionar militar (art. 4 lit. f) din Ordinul MAPN nr. M.110/2009, cu modificările și completările ulterioare;

☐ militar pensionat din motive de invaliditate ca urmare a unor accidente în serviciu sau unor boli contractate în timpul ori din cauza îndeplinirii obligațiilor militare, care ulterior a optat pentru pensia din sistemul asigurărilor sociale de stat (art. 4 lit. h) din Ordinul MAPN 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 Ordinul 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); rețeta simplă (în original);

☐ fotocopia formularului cu medicamentele eliberate de farmacie;

☐ factura fiscală emisă de farmacia care a eliberat medicamentele (în original);

☐ bonul fiscal aferent facturii fiscale (în original);

☐ fotocopia ultimului talon de pensie;

☐ fotocopia actului de identitate.

Solicit plata contravalorii contribuției personale prin:

(se bifează una din căsuțele de mai jos)

☐ virament bancar în contul nr.

(se va preciza codul IBAN de 24 caractere) deschis la banca

sucursala

pe numele, identificat(ă) cu B.I./C.I. seria

având CNP

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 poate da detalii referitoare la raportul adresat spitalului militar)

Data:

Semnătura: