

Casa de Asigurări de Sănătate Timiș

Nr. înreg. _____ din data

C tre,

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Timiș

Subsemnatul(a) _____ CNP _____
domiciliat() în _____ Str. _____ nr.
_____ bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____ Jude _____ solicit eliberarea
unei adeverin e din care s rezulte c sunt asigurat() CJAȘTM în conformitate cu prevederile
art. 211 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul s n t ii, cu modific rile
i complet rile ulterioare:

Men ionez c adeverin a este necesar pentru depunerea dosarului în vederea includerii în
Subprogramul Na ional de Fertilizare în Vitro i Embriotransfer, conform OMS
386/31.03.2015 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor na ionale de
s n tate public pentru anii 2015-2016, Anexa 5, cap.IV.3.3, litera D, paragraful 1.3.

Cu respect,

DATA: _____ SEMN TURA: _____