

CERERE  
pentru acordarea de dispozitive medicale

Către  
CASA TERITORIALĂ DE PENSII .....

Subsemnatul/Subsemnata ....., având codul numeric personal ....., domiciliat/domiciliată în localitatea ....., str. .... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., județul/sectorul ....., posesor/posesoare al/a actului de identitate seria ..... nr. ...., eliberat de ..... la data de ....., născut/născută la data de ..... în localitatea/județul ....., fiul/fiica lui ..... și al/a ....., angajat/angajată sau fost/fostă angajat/angajată la ....., solicit aprobarea achiziționării unui/unei ..... în conformitate cu art. 23 alin. (2) lit. f) și art. 24 din Legea nr. 346/2002 privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

În acest scop depun următoarele acte:

- recomandare medicală nr. .... din data de .....

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul penal pentru declarații neadevărate, că:

- sunt/nu sunt asigurat/asigurată;
- primesc/nu primesc din altă sursă un/o .....

Mă oblig să anunț, în termen de 15 zile, casei teritoriale de pensii orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restitui integral sumele cheltuite nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

Data .....

Semnătura .....