

**COMANDANTULUI SPITALULUI MILITAR TIMIȘOARA**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_,

Domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_,  
nr. \_\_\_\_ bl. \_\_, sc. \_\_, 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 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 și 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. M110/2009 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;

 **SUPLIMENTELE ALIMENTARE NU SE DECONTEAZĂ****Anexez la prezentul raport următoarele :**

- fotocopia recomandării medicale (reteta); reteta 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 **24 caractere**) deschis la banca \_\_\_\_\_, sucursala \_\_\_\_\_ pe numele \_\_\_\_\_ identificat cu B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ 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 este în măsură a da detalii referitoare la raportul adresat spitalului militar )

**Data :****Semnătura**