Anexă
la Regulamentul privind modul
de restituire a primelor de asigurare obligatorie
de asistență medicală achitate în sumă fixă

CERERE
de restituire a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă

Solicitantul (reprezentantul)
_____
(Nume, prenume)
IDNP_____
Adresa _____
Date de contact (telefon) _____
Adresa electronică _____
solicit restituirea:
□ primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitate în sumă fixă pentru anul ____;
□ sumei achitate în plus la contul primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă _____,
(cuantumul total al sumei plătite în plus, cu cifre şi litere)

achitate prin intermediul_____
_____,
la contul bancar _____.

Actele anexate:
Datele bancare (IBAN);
Actul ce atestă împuternicirile reprezentantului, după caz.

Data depunerii cererii_____

_____ _____
(Numele, prenumele solicitantului/reprezentantului) (semnătura)