

Doamna Director ,

Subsemnatul(a) _____ CNP _____
domiciliat(ă) în Târgu-Neamț, str. _____, posesor(oare)
BI/CI seria _____ nr. _____ vă rog să-mi aprobați eliberarea unei
adeverințe din care să rezulte că sunt beneficiar de V.M.G. și sunt asigurat
medical.

Solicit adeverința fiindu-mi necesară la _____

Am luat la cunostință că informațiile din prezenta cerere vor fi prelucrate
conform Regulamentului European nr. 679/2016 privind protecția persoanelor
fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind
libera circulație a acestor date.

Anexez prezentei copie C.I. sau B.I.

DATA

SEMNĂTURA

Doamnei Director a Agenției Județene de Plăți și Inspecție Socială-Neamț