

Cerere de restituire a contribuției de sănătate

Subsemnatul (Nume, Prenume),

Cu **decizia CJP-nr.**.....

născut la data de**având CNP nr.**,

domiciliat în Germania, str...../ nr.....,

cod poștal.....Localitatea.....**solicit prin**

prezentă restituirea contribuției de sănătate aferente perioadei 08.2025 –

04.2026, conform ordinului președintelui Casei Naționale de Pensii Publice și al

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate **nr.64/751/2026.**

Rog confirmarea primirii acestei cereri.

Cu stimă,

Nume și Prenume

Semnătura