I. CERERE DE ÎNSCRIERE
- model -

Nr. înregistrare _____/_____ VIZAT*),
Unitatea sanitară .....
CUI .....
Sediu (localitate, str. nr.) .....
Casa de Asigurări de Sănătate .....
Nr. contract/convenţie .....
Medic de familie .....
(semnătură şi parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetăţenie _____,
C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/cod unic de asigurare
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, data naşterii _____, domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. ___, bl. ___, sc. __, ap. ___, jud./sector _____, act de identitate _____, seria ____, nr. _____, eliberat de _____, la data _____, telefon _____, solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră.

Declar pe propria răspundere
că nu sunt înscris(ă) pe lista unui medic de familie. |_|

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / / **Semnătura:**

---

*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită înscrierea, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER
- model -

Nr. înregistrare _____/_____ VIZAT*),
Unitatea sanitară .....
CUI .....
Sediu (localitate, str. nr.) .....
Casa de Asigurări de Sănătate .....
Nr. contract/convenţie .....
Medic de familie .....
(semnătură şi parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a_____, cetăţenie _____, C.N.P. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/**cod unic de asigurare** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, data naşterii _____, domiciliat(ă) în _____ str. _____ nr. ___, bl. ___, sc. __, ap. ___, jud./sector _____, act de identitate _____, seria ____, nr. _____, eliberat de _____, la data _____, telefon _____, solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin transfer de la medicul de familie _____ din unitatea sanitară _____ str. _____ nr. ___ jud./sector _____ e.mail _____ fax _____

Declar pe propria răspundere:**)

1. Nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere. |_|

2. Solicit înscrierea mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere deoarece:

- a survenit decesul medicului pe lista căruia sunt înscris(ă) |_|
- medicul de familie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate/contractul medicului de familie a fost suspendat |_|
- a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia sunt înscris(ă) |_|
- mi-am schimbat domiciliul din localitatea ....., judeţul ....., în localitatea ..... judeţul ..... |_|
- a survenit încetarea arestului preventiv |_|
- a survenit înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar |_|
- a survenit încetarea pedepsei privative de libertate |_|
- perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate |_|
- arest la domiciliu |_|
- situaţie generate de specificul activităţii (pentru personalul Ministerului Afacerilor Interne care se deplasează în interes de serviciu) |_|

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă schimbarea domiciliului, încetarea arestului preventiv, înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar, încetarea/întreruperea pedepsei privative de libertate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: ...../...../ **Semnătura:**_____

*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

**) Se bifează una din situaţiile în care se află asiguratul.