

I. CERERE DE ÎNSCRIERE
- model -

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

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetățenie _____, C.N.P.
 [_____] /cod unic de asigurare [_____] , data nașterii
 _____, 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: **)

1. că nu sunt înscris(ă) pe lista unui medic de familie.
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 relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate
 - a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia sunt înscris(ă)

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa numai de către persoanele asigurate).

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

Data: / /

Semnătura:

*) Se completează cu datele unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită înscrierea, respectiv semnătura și parafa acestuia.

**) Se bifează una din situațiile în care se află asiguratul

