**ANEXA 2 A**

**I. CERERE DE ÎNSCRIERE**

**- model -**

Nr. înregistrare / Unitatea sanitară ........................... CUI ......................................... Sediu (localitate, str. nr.)

............................................

Casa de Asigurări de Sănătate ...............

Nr. contract/convenţie ......................

Medic de familie ............................ (semnătură şi parafă)

VIZAT\*),

**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:\*\*)

\_

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 relaţie 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 unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită înscrierea, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

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

II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER

- model -

Nr. înregistrare / 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

VIZAT\*),

 , 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 /

Declar pe propria răspundere că nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.

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 unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura şi parafa acestuia.