ANEXA 2 A

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.