

II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER
- model -

Nr. înregistrare _____/_____ VIZAT*),
Unitatea sanitară
CUI
Sediu (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 prin
transfer de la medicul de familie _____ din unitatea sanitară _____ str.
_____ nr. ____, jud./sector _____/

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 relație 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 domiciliu din localitatea....., județul.....,
în localitatea județul.....
- 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

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă schimbarea
domiciliului, încetarea arestului preventiv, înlocuirea arestului preventiv cu arest la
domiciliu sau control judiciar, încetarea 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 unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită
transferul, respectiv semnătura și parafa acestuia.

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