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.

**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 |\_|

\_

* situație generate de specificul activității |\_|

(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.