**ANEXA 2 A - Norme 2023**

 **I. CERERE DE ÎNSCRIERE**

 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.