**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.