

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 _____ 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 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 domiciliul 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 _____
- 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/intreruperea 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.