

Furnizorul/Unitatea sanitară

Anexa nr. 3

## Formular de identificare

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_, posesor CI seria \_\_\_\_\_ și nr. \_\_\_\_\_ în calitate de reprezentant al \_\_\_\_\_ furnizor de servicii medicale CUI. \_\_\_\_\_, atest că în data de \_\_\_\_\_ s-a prezentat la sediul din \_\_\_\_\_ în vederea acordării de servicii medicale persoana care declară verbal că se numește:

\_\_\_\_\_ născut/ă la data de \_\_\_\_\_ în \_\_\_\_\_, județul/sectorul \_\_\_\_\_, domiciliat/ă<sup>6</sup> în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul/sectorul \_\_\_\_\_, fiica lui \_\_\_\_\_ și a \_\_\_\_\_.

Persoana nu / este însoțită de:

\_\_\_\_\_ născut/ă la data de \_\_\_\_\_ în \_\_\_\_\_, județul/sectorul \_\_\_\_\_, domiciliat/ă<sup>7</sup> în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județul/sectorul \_\_\_\_\_, fiica lui \_\_\_\_\_ și a \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, serie \_\_\_\_\_ și nr \_\_\_\_\_ act de identitate<sup>8</sup>.

Persoana astfel identificată declară pe proprie răspundere următoarele:

- nu a fost înregistrată în registrele de stare civilă și nu deține cod numeric personal;
- nu am mai fost luat(ă) în evidență anterior de alți furnizori de servicii medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate  mai fost luat(ă) în evidență anterior de către furnizorul de servicii medicale\*) \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, sub următoarea identitate:

Persoana este însoțită de/detalii privind identitatea persoanei pot fi furnizate de<sup>9</sup>:  
 \_\_\_\_\_ domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_ strada,  
 \_\_\_\_\_ număr \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, etaj \_\_\_\_\_, apartament \_\_\_\_\_, județul/sectorul \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> adresa unde locuiește la data declarației<sup>7</sup> adresa unde locuiește la data declarației<sup>8</sup> Dacă se prezintă un act de identitate va fi realizată o fotocopie.<sup>9</sup> Se completează dacă persoana este însoțită sau poate furniza informații în acest sens.

\_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_, BI/CI seria \_\_\_\_\_, număr \_\_\_\_\_<sup>10</sup>, număr de telefon \_\_\_\_\_.

\*) se va bifa opțiunea care corespunde situației declarate.

Cunoscând prevederile articolului 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, referitoare la falsul în declarații, atest că aceste informații sunt cele declarate de persoana în cauză.

Anexez următoarele acte/documente în fotocopie:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_

Completat de medic/asistent medical/asistent social, \_\_\_\_\_  
(numele și prenumele)

Data \_\_\_\_\_

Ora prezentării \_\_\_\_\_

Mențiuni \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Semnătura,

<sup>10</sup> Dacă se prezintă un act de identitate va fi realizată o fotocopie.