

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/ă⁶ 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/ă⁷ în localitatea _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul/sectorul _____, fiica lui _____ și a _____, CNP _____, serie _____ și nr _____ act de identitate⁸.

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 de⁹:
 _____ domiciliat(ă) în _____ strada,
 _____ număr _____, bloc _____, etaj _____, apartament _____, județul/sectorul _____

⁶ adresa unde locuiește la data declarației⁷ adresa unde locuiește la data declarației⁸ Dacă se prezintă un act de identitate va fi realizată o fotocopie.⁹ Se completează dacă persoana este însoțită sau poate furniza informații în acest sens.

_____, având CNP _____, BI/CI seria _____, număr
_____¹⁰, 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,

¹⁰ Dacă se prezintă un act de identitate va fi realizată o fotocopie.