ANEXA 2 A

CERERE DE TRANSFER

Nr. înregistrare VIZAT*),
_____/_____

Unitatea sanitară……
CUI…….
Sediu (localitate, str., nr.) ……
…….
Casa de Asigurări…….
Nr. contract / convenție……

Medic de familie……
(semnătură şi parafă)

Domnule / Doamnă Doctor,

Subsemnatul (a) _____, cetățenie_____ ,
C.N.P. I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I , 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 prin transfer de la medicul de familie_____ din unitatea sanitară_____ str_____ nr:_____ jud./ sector_____

Declar pe propria răspundere că nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.
Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa numai de către persoanele asigurate).
Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / / Semnătura:
Domnului/Doamnei Doctor
_____

*) Se completează cu datele unității sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura şi parafa acestuia.