

CERERE DE TRANSFER

Nr. înregistrare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ VIZAT\*),

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

Medic de familie.....  
(semnătură și parafă)

Domnule / Doamnă Doctor,

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_, cetățenie \_\_\_\_\_,  
C.N.P.      | | | | | | | | | | | | | | | | ,      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 \_\_\_\_\_

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:    /    /  
Domnului/Doamnei Doctor

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.