

## II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER

- model -

Nr. înregistrare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ VIZAT\*),  
Unitatea sanitată .....  
CUI .....  
Sediul (localitate, str. nr.) .....  
Casa de Asigurări de Sănătate .....  
Nr. contract/convenție .....  
Medic de familie .....  
(semnătură și parafă)

Domnule/Doamnă Doctor,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, cetătenie \_\_\_\_\_,

C.N.P. [REDACTAT]/cod unic de asigurare

[REDACTAT], 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 sanitată \_\_\_\_\_ str.  
nr. \_\_\_ jud./sector \_\_\_\_\_ e.mail  
\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Declar pe propria răspundere:\*\*)

1. Nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la  
ultima însciere.

2. Solicit înscrierea mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima  
însciere 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 arrestului preventiv
- a survenit înlocuirea arrestului 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 generată de specificul activității

personalului din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești care se deplasează în interes de serviciu)

• medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu/muncă/colaborare cu furnizorii de servicii medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești

Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă schimbarea domiciliului, încetarea arestului preventiv, înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar, încetarea/întreruperea 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.