

VIZAT*),

Unitatea sanitară: C.M.I. DR. NICA BOGDAN
CRISTIAN

CUI: 55493364

Sediul: Ploiești, B-dul Independenței nr. 27, parter, jud. Prahova

Casa de Asigurări de Sănătate: Prahova

Nr. contract/convenție:

Medic de familie: Dr. NICA BOGDAN CRISTIAN

(semnătură și parafă)

CERERE DE ÎNSCRIERE

Domnule Doctor,

Subsemnatul(a) _____, cetățenie _____,

C.N.P. | | | | | | | | | | | | | / cod unic de asigurare

A horizontal number line with vertical tick marks at every integer from 0 to 20. The number 2 is written below the second tick mark from the left.

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.

Declar pe propria răspundere că nu sunt înscris(ă) pe lista unui medic de familie. ☐

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 înscrierea, respectiv semnătura și parafa acestuia.

Model conform anexei nr. 2A la Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023 privind normele metodologice de aplicare a HG nr. 521/2023, în forma în vigoare.