

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/conventie:

Medic de familie: Dr. NICA BOGDAN CRISTIAN

(semnătură și parafă)

CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER

Domnule Doctor.

Subsemnatul(a) _____, cetățenie _____,

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

| |

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 _____

_____, e-mail _____, fax _____.

Declar pe propria răspundere:)**

1. Nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere. ☐
2. Solicit înscrierea mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere 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 arestului preventiv ☐
 - a survenit înlocuirea arestului preventiv cu arest la domiciliu sau control judiciar ☐
 - a survenit încetarea pedepsei privative de libertate ☐
 - mă află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate ☐
 - mă află în 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 dintre situațiile în care se află persoana care solicită înscrierea prin transfer.

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.