

II. CERERE DE ÎNSCRIERE PRIN TRANSFER

- model -

Nr. înregistrare _____/_____

VIZAT*),

Unitatea sanitară SC ECOGRAFIE 3D SRL

CUI 14131812

Sediu (localitate, str. nr.)

Craiova, str. Nicolae Titulescu, nr. 52

Casa de Asigurări de Sănătate Dolj

Nr. contract/convenție : 2215

Medic de familie

(semnătură și parafă)

Domnule/Doamnă 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 _____/

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:

*) 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.