Anexa. 1
la Regulamentul privind
înregistrarea persoanei la medicul de familie
Formular nr.1-33/c

Cerere de înregistrare la medicul de familie din cadrul instituţiei medico-sanitare
ce prestează asistenţă medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală

1. Subsemnatul (a)

1.1 *Nume*

1.2 *Prenume*

1.3 *Numărul de identificare (IDNP)*

Se completează numai de persoanele ce deţin număr de identificare (IDNP)

1.4 *Seria*

Numărul certficatului de naştere/ actului de identitate provizoriu

Se completează numai de persoanele ce nu deţin număr de identificare (IDNP)
(Hotărîrea Guvernului nr.53 din 17.01.2013)

1.5 *Data, luna, anul naşterii*

2. Locul de trai (domiciliul sau reşedinţa)

2.1 *Municipiul/Oraşul*

2.2 *Sectorul/Localitatea*

2.3 *Strada şi numărul*

2.4 *Telefon de contact*

3. Se completează în cazul în care cererea este depusă de reprezentantul legal

3.1 *Nume*

3.2 *Prenume*

3.3 *Telefon de contact*

4. Rog să fiu înregistrat (ă)

4.1 MEDFAMILY S.R.L. LUX-DNG

Denumirea IMS AMP

4.2 *Numele Medicului de familie*

4.3 *Prenumele Medicului de familie*

5. Modalitatea de înregistrare

- ☐ Înregistrarea primară
- ☐ Schimbarea medicului de familie în cadrul IMS AMP
- ☐ Schimbarea medicului de familie şi IMS AMP

6. Motivul schimbării înregistrării

- ☐ Schimbarea locului de trai
- ☐ Au trecut 6 luni de la ultima înregistrare

7. Declaraţia pe propria răspundere

- Accept şi consimt că datele mele cu caracter personal vor fi procesate de către MS, CNAM şi IMS AMP.
- Confirm pe propria răspundere că datele prezentate sunt veridice şi sunt familiarizat cu prevederile Regulamentului cu privire la înregistrarea persoanei la medicul de familie din cadrul instituţiei medico-sanitare ce prestează asistenţă medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

Data depunerii cererii

Semnătura persoanei _____

8. Cererea a fost acceptată pe lista medicului de familie

8.1 *Nume*

8.2 *Prenume*

8.3 *Data acceptării cererii*

8.4 Semnătura medicului de familie_____

8.5 Parafa medicului de familie

9. Cererea a fost înregistrată de către persoana responsabilă din cadrul IMS AMP/ reprezentantul AT

9.1 *Nume*

9.2 *Prenume*

9.3 *Data înregistrării cererii*

9.4 Semnătura _____

9.5 Parafa