Med Family
CENTRUL MEDICAL

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 instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală

1. Subsemnatul(a)

1.1 *Nume* 1.2 *Prenume*

1.3 *Număr de identificare (IDNP)* 1.4 *Seria* *Număr certificat de naștere / act de identitate provizoriu*

Se completează dacă persoana DEȚINE număr de identitate (IDNP)

1.5 *Data, luna, anul nașterii*

Se completează dacă persoana NU DEȚINE număr de identitate (IDNP)

(Hotărîrea Guvernului nr.53 din 17.01.2013)

2. Locul de trai (domiciliul sau reședința)

2.1 *Municipu / Oraș* 2.2 *Sector / Localitate* 2.3 *Stradă* *Număr*

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 LUX-DNG SRL
Denumirea IMS AMP

4.2 *Nume Medic de familie* 4.3 *Prenume Medic de familie*

5. Modalitatea de înregistrare

- ☐ Înregistrare primară
- ☐ Schimbarea medicului de familie în cadrul IMS AMP
- ☐ Schimbarea medicului de familie și IMS AMP

6. Motivul schimbării înregistrării

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

7. Declarația pe propria răspundere

- Accept și consimt că datele mele cu caracter personal vor fi procesate de către CNAM și IMS AMP.
- Confirm pe propria răspundere că datele prezentate sunt veridice și sunt familiarizat cu prevederile Regulamentului cu privire la înregistrarea persoanei la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează Asistență Medicală Primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență 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 Semnătură Medic de familie _____

8.5 Parafă Medic 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 acceptării cererii* 9.4 Semnătură _____

9.5 Parafă