

**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
*Numărul de identificare (IDNP)*1,4
Seria *Numărul certificatului de naștere/ actului de identitate provizoriu**Se completează numai de persoanele ce dețin număr de identificare (IDNP)**Se completează numai de persoanele ce nu dețin număr de identificare (IDNP)**(Hotărârea Guvernului nr.53 din 17.01.2013)*1,5
*Data, luna, anul nașterii***2. Locul de trai (domiciliul sau reședința)**2,1
*Municipiul/Orașul*2,2
*Sectorul/Localitatea*2,3
*Strada și 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
*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 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 MS, CNAM și IMS AMP.

#####

Data depunerii cererii

Semnătura persoanei _____

8. Cererea a fost acceptată pe lista medicului de familie8,1
*Nume*8,2
*Prenume*8,3
Data acceptării cererii

8,4 Semnătura medicului de

8,5 Parafa medicului de familie

9. Cererea a fost înregistrată de către persoana responsabilă din cadrul IMS AMP/ reprezentantul AT9,1
*Nume*9,2
*Prenume*9,3
Data înregistrării cererii

9,4 Semnătura _____

9,5 Parafa