

**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.
- 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 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