Cerere de transfer

Nr.înregistrare

_____/ _____ Unitatea sanitară : **POLICLINICA GRIGORESCU**

CUI : **6353613**

Sediul : **CLUJ – NAPOCA, STR. ŞTEFAN MORA, NR. 1/2**

Casa de Asigurări : **CLUJ - NAPOCA**

Nr.contract / convenţie **68 CAS**

Medic de familie : **DR. PUIA SORIN - MF**

Domnule / Doamnă Doctor,

Subsemnatul (a) _____, cetăţenie_____ ,
C.N.P. I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I , data naşterii_____,
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 defamilie_____
din unitatea sanitară_____ localitatea_____
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.

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: Semnătura:

_____ _____