



UNIUNEA EUROPEANĂ



Anexa nr. 1

CERERE ÎNSCRIERE PROCEDURĂ AFILIERE

Subsemnatul _____, reprezentant
legal al Cabinetului medical (Cabinet medical individual / Cabinete medicale grupate /
Cabinete medicale asociate / Societate civilă medicală)

_____,
având sediul în localitatea _____ strada

_____, nr. _____, bloc _____, scara _____, etaj
_____, ap. _____, județ _____, telefon _____, email

_____, cont bancar (IBAN pentru CMI) _____ -
_____, deschis la _____ -

_____, doresc să mă înscriu la *Procedura de afiliere cabinete de
medicină de familie aflate în contract cu casa de asigurări de sănătate* organizată de
Asociația Română Anti SIDA - ARAS (Partener) pentru efectuarea de servicii medicale de
prevenire și depistare precoce (screening) pentru boli hepatice cronice secundare
infecțiilor virale cu virusuri hepatice B/ D și C.

Denumire cabinet _____



Nume reprezentant legal _____

Cod parafă _____

Semnătura _____

Data _____