



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 _____, Cont bancar
 (IBAN pentru CMI) _____, deschis la
 _____ telefon _____, email _____

doresc să mă înscriu în *Procedura de afiliere cabinete de medicină de familie aflate în contract cu casa de asigurări de sănătate* organizată de **Asociația Română Anti SIDA - ARAS** 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 în cadrul proiectului „**Program regional integrat de prevenire, depistare precoce (screening), diagnostic și directionare către tratament al pacienților cu boli hepatice cronice secundare infecțiilor virale cu virusuri hepatice B/D și C din regiunile Nord-Est și Sud-Est - LIVE(RO) 2 - EST**”, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020.

Subsemnatul _____ declar că toate documentele transmise în cadrul prezentei proceduri de afiliere sunt conforme cu originalul.

Denumire cabinet _____

Nume reprezentant legal _____

Cod parafă _____

Semnătura _____

Data _____



ASOCIAȚIA ROMÂNĂ ANTI-SIDA
A.R.A.S.

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ
SF. SPIRIDON - IAȘI