

**Cerere de înregistrare în Instituția Medico-Sanitară Primară  
ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală**

**1 Subsemnatul (ă):**1.1. 

Nume

1.2. 

Prenume

**2 Identificare:**

*Se completează numai de persoanele ce dețin  
număr de identificare (IDNP)*

2.1. 

Numărul de identificare (IDNP)

*Se completează numai de persoanele ce nu dețin  
număr de identificare*

Copii:

2.2. 

Seria

Numărul certificatului de naștere

Persoane care dețin acte de identitate provizorii în conformitate cu  
HG RM nr.42 din 17.01.1995:

2.3. 

Seria

Numărul Formularului nr.9

**3 Locul de trai**3.1. 

Municipiul/Raionul

3.2. 

Sectorul/Localitatea

3.3. 

Strada

3.4. Telefon de contact 4 Rog să fiu înregistrat (ă) în: 4.1. 

Denumirea IMS

la medicul de familie: 4.2. 

Numele, prenumele

**5 Modalitatea de înregistrare:** Înregistrare Primară\* Schimbarea IMS Primare

*\*Notă: Bifând înregistrarea primară, îmi asum responsabilitatea ca pînă la moment nu am depus cerere de înregistrare primară în altă instituție medico-sanitară.*

6 Data depunerii cererii: 

Ziua Luna Anul

7 Prin semnătură confirm că, datele prezentate sunt  
veridice.

Semnătura \_\_\_\_\_

**8 Se completează de către medicul de familie**8.1. Cererea a fost primită 

Ziua Luna Anul

8.2. Semnătura  
medicului de familie \_\_\_\_\_8.3. Parafa  
medicului de familie