**Formular 4**

**Lista medicilor specialişti/primari (medicină de familie, obstetrică -ginecologie) şi a asistenţilor medicali care vor furniza servicii în cadrul programului de screening**

**Lista medicilor specialişti/primari (medicină de familie, obstetrică -ginecologie)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr crt** | **Nume şi prenume medic** | **specialitate** | **Telefon** | **email** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

**Lista asistenţilor medicali**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr crt** | **Nume şi prenume asistent medical** | **Telefon** | **email** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

Documente ataşate listei medicilor şi asistentilor medicali:

* copie conform cu originalul a actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea medicului (titular sau salariat în cadrul cabinetului medical), potrivit legii, după caz
* copie conform cu originalul a certificatului de membru emis de Colegiul Medicilor în cazul medicilor/ OAMGMAMR in cazul asistentilor medicali, inclusiv avizul anual valabil pe anul curent privind exercitarea profesiei de medic/asistent medical