

Se prezintă la CNAM (agenția teritorială) trimestrial
până la data de 5 a lunii următoare

Formular nr. 1-05 /d

aprobat prin ordinul comun MS și CNAM

nr. 448/111-A din 23.06.2010

--	--	--	--

codul

denumirea instituției medico-sanitare

DAREA DE SEAMĂ
despre volumul acordat de asistență medicală primară
pentru trimestrul _____ 20__

Nr. d/o	Categoría de persoane	Numărul de vizite la medicii de familie		
		persoane asigurate	persoane neasigurate	TOTAL
1	2	3	4	5
1	Pentru persoane cu vârsta de la 0 - pînă la 4 ani 11 luni 29 zile		X	
2	Pentru persoane cu vârsta de la 5 - pînă la 49 ani 11 luni 29 zile			
3	Pentru persoane cu vârsta de la 50 ani și peste			
TOTAL				

Conducătorul instituției medico-sanitare _____

Contabil-șef _____

L.Ș.