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

Formular nr. 1-10/d
aprobat prin ordinul comun MS şi CNAM
nr. 448/111-A din 23.06.2010

codul _____ denumirea instituţiei medico-sanitare

DAREA DE SEAM Ă
despre volumul acordat de asistenţă medicală specializată de ambulator persoanelor _____
(asigurate/neasigurate*)

pentru trimestrul _____ 20___

Nr. d/o	Profilul medicului specialist	Cod profil	Numărul de vizite consultative efectuate
1	*2*	*3*	*4*
TOTAL			

*Instituţiile medico-sanitare care prestează asistenţă medicală specializată de ambulator persoanelor neasigurate cu maladii social-condiţionate prezintă 2 dări de seamă: una – pentru persoane asigurate şi una - pentru persoane neasigurate.

Conducătorul instituţiei medico-sanitare _____

Contabil şef _____

L.Ş.