

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

Formular nr. 1-11/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 spitalicească
persoanelor _____

(asigurate/neasigurate*)

pentru luna _____ **20** _____

Nr. d/o	Profil	Cod profil	Cazuri planificate conform contractului	Cazuri tratate efectuate		Zile pat efectuate
				TOTAL	inclusiv spitalizări de urgență	
1	2	3	4	5	6	7
TOTAL						

*Instituțiile medico-sanitare care prestează asistență medicală spitalicească persoanelor neasigurate cu maladii social-condiționate prezintă 2 dări de seamă: una – pentru persoane asigurate și una - pentru persoane neasigurate.

Conducătorul instituției medico-sanitare _____

Contabil-șef _____

L.Ș.