

Formular nr. 1-27/d

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

aprobat prin ordinul comun MS și CNAM

nr. 448/111-A din 23.06.2010

--	--	--	--

codul

denumirea instituției medico-sanitare _____

DAREA DE SEAMĂ
personificată cu privire la persoanele asigurate
care au beneficiat de tratament cu medicamentul _____
pentru luna _____ 20__

Nr. d/o	Nume, prenume	Numărul poliței de asigurare	Număr de identificare	Diagnostic (CIM-X)	Cod diagnostic (CIM-X)	Administrarea medicamentului				
						Unitatea de măsură	Cantitatea		Preț pentru o unitate de măsură (lei)	Suma, lei (în perioada de raportare)
							în perioada de raportare	de la începutul inițierii cursului		

Conducătorul instituției medico-sanitare _____

Contabil-șef _____

L.Ș.