

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
despre acoperirea cheltuielilor pentru transport public de la/la domiciliu
în vederea efectuării dializei
pentru luna _____ 20__

Nr. d/o	Nume, prenume	Domiciliu	Numărul de ședințe petrecute în luna de raportare	Cheltuielile de transport acoperite de către IMSP (lei, bani)
1	2	3	4	5
	TOTAL	X	X	

Conducătorul instituției medico-sanitare _____

Contabil-șef _____

L.Ș.