|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Se prezintă la CNAM în termen de 10 zile lucrătoare de la data solicitării |  | **Formular nr. 1-80/d** aprobat prin ordinul comun MS și CNAM  nr. 1080/296-A din 31.12.2024 | |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codul denumirea prestatorului de servicii medicale

**DAREA DE SEAMĂ**

**privind solicitările în cadrul cărora s-a acordat asistență medicală de către IMSP „Centrul Național de Asistență Medicală Prespitalicească” acoperită financiar din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală**

**pentru luna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. d/o | Numele, prenumele, patronimicul  persoanei | Numărul de identificare de stat (IDNP) sau numărul actului de identitate provizoriu | Data, luna, anul nașterii | Data acordării asistenței medicale | Suma cheltuielilor suportate de instituție pentru asistența medicală acordată persoanei |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |

Conducătorul prestatorului de servicii medicale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nume, prenumeSemnătura

**INSTRUCŢIUNE DE COMPLETARE**

**Coloana 1.** Se introduce numărul de ordine al înscrierii.

**Coloana 2.** Se introduce numele, prenumele și patronimicul persoanei.

**Coloana 3.** Se introduce numărul de identificare de stat (IDNP) sau numărul actului de identitate provizoriu.

**Coloana 4.** Se introduce data, luna și anul nașterii persoanei.

**Coloana 5.** Se introduce data acordării asistenței medicale.

**Coloana 6.**Se introduce suma cheltuielilor suportate de instituție pentru asistența medicală acordată persoanei.”