MODEL

EVIDENŢA DUPĂ C.N.P. A BENEFICIARILOR DE SERVICII MEDICALE SPITALICEŞTI EFECTUATE ÎN REGIM DE SPITALIZARE DE ZI

Denumire tip serviciu medical spitalicesc	***Număr înregistrare fişa pentru spitalizare de zi***	***CNP asigurat***	***CAS la care este luat în evidenţă asiguratul***	***Total servicii medicale spitaliceşti realizate***
0	**1**	**2**	**3**	**4**