

Asistență medicală primară

Către,
Casa de Asigurări de Sănătate Călărași

Subsemnatul/ Subsemnata _____ reprezentant
legal al _____ cu sediul în
_____ (punct de lucru _____ după
caz) vă rog să îmi aprobați solicitarea de acordare a majorării punctajului conform Ordinului
nr. 391/187/2015 pentru desfășurarea activității în localitatea
_____ jud. Călărași.

Solicitarea o fundamentez pe următoarele date (autoevaluare):

1.a - Distanța rutiera cea mai mare, exprimată în kilometri, dintre punctele extreme ale
localității deservite de Cabinetul Medical _____ este _____ km;
Punctaj declarat _____

1.c - Dispersia (densitatea) populației din zona în care se desfășoară activitatea Cabinetului
Medical _____ este de _____ locuitori /km²;
Punctaj declarat _____

2. Distanța rutieră dintre localitatea _____ unde se află sediul Cabinetului
Medical _____ și localitatea cea mai apropiată unde se află o structură de primire
a urgențelor (Călărași, Oltenița) este de _____ km;
Punctaj declarat _____

3. Localitatea _____ în care funcționează doar Cabinetul Medical
_____ are _____ locuitori, iar numărul persoanelor asigurate
înscrise pe lista medicului de familie este de _____;
Punctaj declarat _____

5. Localitatea este / nu este deficitară din punctul de vedere al prezenței medicilor de familie.
Punctaj declarat _____

Reprezentant legal al Cabinetului medical,

_____ L.S. _____