

MODEL ANUNT INTRERUPERE EPISOD DE INGRIJIRE APROBAT

CATRE

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE NEAMȚ

BIROUL DE INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

Furnizorul de servicii medicale, solicit intreruperea urmatoarelor decizii de ingrijiri medicale la domiciliu dupa cum urmeaza:

Nr. crt	Nume si prenume pacient	Nr. cerere	Data cererii	Nr. zile efectuate	Perioada in care au fost efectuate serviciile medicale		Motivul intreruperii serviciilor medicale			
					de la	pana la (inclusiv ultima zi)	deces/data	internare in spital /data	solicitare pacient / motiv	alte motive

Data

Reprezentant legal
(semnatura si stampila)