

Localitatea \_\_\_\_\_

Cabinet medical Dr. \_\_\_\_\_

TRIM. \_\_\_\_\_

**CONSULTAȚII**

<b>DENUMIREA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>URBAN</b>	<b>RURAL</b>
TOTAL			
ADULȚI			
COPII 0-14 ANI			

**TRATAMENTE**

<b>DENUMIREA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>URBAN</b>	<b>RURAL</b>
TOTAL			
ADULȚI			
COPII 0-14 ANI			

Semnătura și parafa medicului,