

Unitatea Sanitara Formatoare de Retea - INSTITUTUL ONCOLOGIC BUCURESTI

Centrul de Recoltare:

Telefon:

e-mail:

FORMULAR RAPORTARE TRIMESTRIALA

pentru perioada:

Nr. crt.	DENUMIRE INDICATOR	NUMAR PACIENTE
1	Femei la care s-a realizat recoltarea materialului celular cervical	

Reprezentant legal: