

Centrul de informare și consiliere a femeilor privind măsurile de prevenire a cancerului de col uterin și de mobilizare a populației eligibile pentru testarea Babeș-Papanicolaou, reprezentat prin

Adresa:

Numarul contractului incheiat cu CAS

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale

Medic specialitate:

a) Medicina de familie

b) Obstetrica-ginecologie

BORDEROU CENTRALIZATOR
pentru luna..... anul

Nr. crt.	CNP al femeii cu formularul FS1 completat în integralitate	Vârsta	Data eliberării Formularului FS1	Seria formularului	Tarif/caz testat Babeș-Papanicolaou (lei)	Total sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					15	15
2						
	TOTAL	X	X	X	X	

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor.

Reprezentant legal,

 (semnatura si stampila)