Furnizorul de servicii medicale in asistenta medicala primara .....
Numele si prenumele medicului de familie .....
Adresa furnizorului..... Telefon.....

TABEL DE CATAGRAFIE

cuprinzând femeile eligibile pentru subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin

nr..... /data.....

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	Vârsta	Adresa completă	Telefon	Medic
0	1	2	3	4	5	6
1						
2						
	TOTAL	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor.

Reprezentant legal,

.....

(semnatura si stampila)