Centrul de informare şi consiliere a femeilor privind măsurile de prevenire a cancerului de col uterin şi de mobilizare a populaţiei eligibile pentru testarea Babeş-Papanicolaou, reprezentat prin ………………………………………………............................. Adresa: …………………………………...…………………	Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale .... Medic planificare familiala: ....

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 Babeş-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)