

Centrul de recoltare, reprezentat prin

Adresa:

Numarul contractului incheiat cu CAS MB:

Reprezentant legal al furnizorului de servicii
medicale:

Medic de specialitate

a) medicina de familie

b) obstetrica si ginecologie

Dr.

BORDEROU CENTRALIZATOR PENTRU LUNA APRILIE ANUL 202.....

Nr.	CNP al femeii cu formularul FS1	Seria	Data recoltarii	Tarif/caz testat	Total
crt	completat in integralitate	formularului		Babes Papanicolaou	de (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5
1				40	40
2				40	40
3				40	40
4				40	40
5				40	40
6				40	40
7				40	40
8				40	40
9				40	40
10				40	40
11				40	40
12				40	40
13				40	40
14				40	40
15				40	40
	TOTAL				600

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor

Reprezentant legal,

(semnatura si stampila)