

Spitalul ..... ..... ..... Adresa:..... Numărul contractului încheiat cu CAS: .....	Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale ..... .....
---	---

**BORDEROU CENTRALIZATOR**

pentru luna.....anul.....

Nr. crt.	CNP al femeii cu FS1 completat în integralitate	Seria formularului	Tarif/caz testat Babeş-Papanicolaou (lei)	Total sumă de decontat (lei)
<b>C0</b>	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>C4</b>
1.			80	80
2.				
3.				
4.				
<b>TOTAL:</b>	X	X	X	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

*Reprezentant legal,*

.....