

Furnizorul de servicii medicale în asistența medicală primară

.....

Numele și 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 și prenume	CNP	Vârsta	Adresa completă	Telefon	Medic
0	1	2	3	4	5	6
Total	x	x	x	x	x	x

Reprezentant legal,

.....

(semnătură și ștampila)

