

Centrul de informare și consiliere a femeilor privind măsurile de prevenire a cancerului de col uterin și de mobilizare a populației eligibile pentru testarea Babeș-Papanicolaou, reprezentat prin Adresa:..... Numărul contractului încheiat cu CAS:	Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale Medic de familie
---	---

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 Babeș-Papanicolaou (lei)	Total sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.					15	15
2.						
3.						
4.						
TOTAL:	X		X	X	X	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

Reprezentant legal,

.....

(semnătura și ștampila)