

Centrul de recoltare reprezentat prin ..... ..... Adresa:..... Numărul contractului încheiat cu CAS: .....	Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale ..... Medic de specialitate a) medicină de familie ..... b) obstetrică-ginecologie .....
---	--

**BORDEROU CENTRALIZATOR**

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

Nr. crt.	CNP al femeii cu FS1 completat în integralitate	Seria formularului	Data recoltării	Tarif/recoltare (lei)	Total sumă de decontat
C0	C1	C2	C3	C4	C5
1.				28	28
2.					
3.					
4.					
<b>TOTAL:</b>	X	X	X	X	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

*Reprezentant legal,*

.....

(semnătura și ștampila)

