

Laboratorul de analize medicale în domeniul citologiei cervicale, reprezentat prin ..... ..... Adresa:..... Numărul contractului încheiat cu CAS: .....	Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale ...../ ..... Medic de specialitate anatomie patologică .....
--	--

**BORDEROU CENTRALIZATOR**

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

Nr. crt.	CNP al femeii cu FS1 completat în integralitate	Seria formularului	Data interpretării	Tarif/interpretare (lei)	Total sumă de decontat
C0	C1	C2	C3	C4	C5
1.				37	37
2.					
3.					
4.					
<b>TOTAL:</b>	X	X	X	X	

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor.

*Reprezentant legal,*

.....

(semnătura și ștampila)