Centrul de recoltare, reprezentat prin ……..... Adresa: ……...…….....……. ..... Numărul contractului incheiat cu CAS: …….....	Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale ..... Medic specialitate: a) Medicină de familie ..... b) Obstetrică-ginecologie .....

BORDEROU CENTRALIZATOR

pentru luna…….. anul ……

Nr. crt.	CNP al femeii cu formularul FS1 completat în integralitate	Seria formularului	Data recoltării	Tarif/recoltare (lei)	Total sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5
1				22	22
2					
	TOTAL	**X**	**X**	**X**	

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor.

Reprezentant legal,

……

(semnatura si stampila)