

Laboratorul de analize medicale in domeniul citologiei cervicale,  
 reprezentat prin .....  
 Adresa: .....  
 Numarul contractului incheiat cu CAS: .....

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale  
 ...../.....  
 Medic de specialitate anatomie patologica:  
 .....

**BORDEROU CENTRALIZATOR**  
 pentru luna..... anul .....

Nr. crt.	CNP al femeii cu formularul FS1 completat în integralitate	Seria formularului	Data interpretării	Tarif/interpretare (lei)	Total sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4	C5
1				40	40
2					
<b>TOTAL</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor.

Reprezentant legal,  
 .....  
 (semnatura si stampila)