Spitalul …….....….. Numarul contractului incheiat cu CAS: ……...…….....	Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale .....

BORDEROU CENTRALIZATOR

pentru luna…….. anul ……

Nr. crt.	CNP al femeii cu formularul FS1 completat în integralitate	Seria formularului	Tarif/caz testat Babeș-Papanicolaou (lei)	Total sumă de decontat (lei)
C0	C1	C2	C3	C4
1			77	77
2				
	TOTAL	**X**	**X**	

Raspundem de realitatea si exactitatea datelor.

Reprezentant legal,

……

(semnatura si stampila)