

## ANEXA 1

Unitatea sanitară \_\_\_\_\_

### ADEVERINȚA

Prin prezenta, vă aducem la cunostință că:

Doamna \_\_\_\_\_, identificata cu CNP 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si

Domnul \_\_\_\_\_, identificat cu CNP 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

au indicație medicală să intre în proiectul ”O Șansă pentru Cuplurile Infertile – FIV2”, aprobat prin HCGMB nr. 844/12.12.2018.

Suntem de acord să oferim serviciile medicale specializate prevăzute în Regulamentul de aplicare al proiectului.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Reprezentant legal,**

\_\_\_\_\_  
*(nume în clar, semnătura, ștampila unității)*

**PROIECT - „O Șansă pentru Cuplurile Infertile - FIV – 2”**