

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”