

## ANEXA 1

Unitatea sanitara \_\_\_\_\_

### ADEVERINTA

Prin prezenta va aducem la cunostinta ca :

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

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

au indicatie medicala sa intre in proiectul - FIV- „O Sansa pentru Cuplurile Infertile”.

Suntem de acord sa oferim serviciile medicale specializate prevazute in regulamentul de aplicare al proiectului.

Data,

Reprezentant legal,