

Unitatea sanitară _____

Nr. Înregistrare/Data

_____/_____/_____

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta, vă aducem la cunoștință că:

Doamna _____, identificată cu CNP _____

Și

Domnul _____, identificat cu CNP _____

Având diagnosticul de _____

Au indicație medicală eliberată de medic _____ să fie
inclusă/incluși în proiectul „FIV 3 – O șansă pentru cuplurile infertile”, aprobat prin HCGMB nr.
180/04.06.2025.

Suntem de acord să oferim solicitanților de mai sus serviciile medicale de specialitate prevăzute în
Regulamentul de implementare a proiectului.

Reprezentant legal,

Nume în clar _____

Semnătura _____

Ștampila unității

Medic specialist

Nume în clar _____

Semnătura _____

Parafa