

Unitatea sanitară _____

ADEVERINȚĂ

Pentru stabilirea încadrării în criteriile de eligibilitate prevăzute în Regulamentul pentru implementarea la nivelul municipiului Constanța a proiectului "INFANT" privind acordarea de sprijin financiar în vederea efectuării procedurii de fertilizare in vitro, aprobat prin H.C.L. nr. ____/_____, vă comunicăm următoarele informații medicale referitoare la doamna _____, identificată cu CNP _____:

- a. valoarea AMH este _____ ng/ml;
- b. indicele de masă corporală este _____;
- c. are vârsta de _____ ani.

Pacienta cu datele de identificare mai sus menționate, are indicație medicală pentru realizarea procedurii de FIV în cadrul proiectului "**INFANT**".

Suntem de acord să oferim serviciile medicale specializate prevăzute în Regulamentul mai sus menționat.

Data: ____/____/_____

Reprezentant legal al unității sanitare,

(nume în clar, semnătura, ștampila unității)

Medic specialist în obstetrică-ginecologie cu competență în tratamentul infertilității cuplului și în reproducere umană asistată medical

(nume în clar, semnătura, parafă)