

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.59/2020, cu modificările și completările ulterioare, 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)