Formular 1

 la regulament

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\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_:

1. valoarea AMH este \_\_\_\_\_ ng/ml;
2. indicele de masă corporală este \_\_\_\_\_;
3. 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)*