



MINISTERUL FAMILIEI, TINERETULUI ȘI EGALITĂȚII DE ȘANSE

ANEXA 1b: DOCUMENT INDICAȚIE FIV

Unitatea sanitară _____,

Prin prezenta, vă aducem la cunoștință că:

Doamna _____,

Identificată cu CNP _____

Și după caz

Domnul _____,

identificat cu CNP _____

având diagnosticul de

au indicație medicală eliberată de medic _____ să fie inclus/incluși în Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității.

Suntem de acord să oferim solicitanților de mai sus serviciile medicale specializate prevăzute în Normele de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 1103/07.09.2022 pentru aprobarea Programului social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității, cu modificările și completările ulterioare, potrivit diagnosticului _____.

Data: ___ / ___ / _____

Reprezentant legal, _____ (nume în clar, semnătura, ștampila unității)