



CONSILIUL LOCAL SECTOR 2

DIRECȚIA GENERALĂ DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ ȘI
PROTECȚIA COPILULUI SECTOR 2

Anexa nr. 3 la Regulamentul privind implementarea Programului „FIV pentru Sectorul 2”

Document indicație FIV

Unitatea sanitară _____,

Prin prezenta, vă aducem la cunostință 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 „FIV pentru Sectorul 2”.

Suntem de acord să oferim solicitanților de mai sus serviciile medicale specializate în Regulamentul
Programului „FIV pentru sectorul 2”, cu modificările și completările ulterioare, potrivit diagnosticului

_____.

Data: ____ / ____ / _____

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