

**Cerere de includere in
Programul de fertilizare in vitro si embriotransfer**

Nr./data inregistrarii

Catre: **Clinica Medicala Gynera**

Str. C. Aricescu nr.8, sector 1, Bucuresti

www.gynera.ro

Nume si semnatura registrator

Doamna

Nume si Prenume

CNP

Nr si serie BI/CI

emis la data de

de catre

Adresa de domiciliu

Numar telefon mobil

si

Domnul

Nume si Prenume

CNP

Nr si serie BI/CI

emis la data de

de catre

Adresa de domiciliu

Numar telefon mobil

Adresa corespondenta

va rugam sa acceptati includerea noastra in Programul de fertilizare in vitro si embriotransfer finantat de Ministerul Sanatatii, conform Ordinului ministrului sanatatii nr. 386/2015.

Suntem un cuplu infertil caruia i s-a recomandat ca tratament fertilizarea in vitro cu transfer de embrioni si dorim sa efectuam aceasta procedura medicala in Clinica Gynera, in cadrul programului FIV/ET.

Declarăm, pe propria raspundere, faptul ca am depus un singur dosar la sediul unei singure unități sanitare care derulează subprogramul FIV/ET și că nu am mai beneficiat în trecut de o altă procedură finanțată din bugetul Ministerului Sănătății.

Declarăm, pe propria raspundere, faptul ca ne asumam plata contravalorii serviciilor nerambursate din bugetul subprogramului, conform protocolului financiar al clinicii.

Sub sanctiunile aplicate faptei de fals si uz de fals în acte publice, conform prevederilor Codului penal, declar ca datele din declaratie sunt corecte si complete.

Atasam la dosar documentele relevante pentru indeplinirea criteriilor de includere in program, conform OPIS.

Semnatura doamnei,

Semnatura domnului,