

## Cerere de includere în Programul "Infant"

Către: **Clinica Medicală Gynera**

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

www.gynera.ro

Nr./data înregistrării

Nume și semnătură registrator

### Doamna

Nume și Prenume

CNP

Nr și serie BI/CI

emis la data de

Adresa de domiciliu

Număr telefon mobil

și

### Domnul

Nume și Prenume

CNP

Nr și serie BI/CI

emis la data de

Adresa de domiciliu

Număr telefon mobil

Adresa corespondență

vă rugăm să acceptați efectuarea procedurii de fertilizare in vitro și embriotransfer în Clinica Gynera prin Programul "Infant".

Atașăm voucherul aferent proiectului

Cunoaștem faptul că putem beneficia de program numai dacă protocolul de stimulare ovariană este inițiat în termenul de valabilitate al voucherului și că nu vom primi rest în bani în cazul neepuizării sumei alocate.

Declarăm, pe propria răspundere, faptul că am fost informați asupra costurilor totale aferente investigațiilor, procedurii FIV/ET și monitorizării cazului și ne asumăm plata contravalorii serviciilor nerambursate din bugetul programului, conform protocolului financiar al clinicii.

Am fost informați de faptul că date cu caracter personal incluzând numele, data nașterii, CNP, diagnostic, proceduri medicale efectuate, rezultatul acestora, vor fi transmise către autorități și alți furnizori de servicii implicați în program. Suntem de acord ca aceste informații să fie transmise către instituțiile implicate, incluzând administrația locală Constanța, furnizorul de vouchere, furnizorul medicației, în scopul derulării programului.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals și uz de fals în acte publice, conform prevederilor Codului penal, declar că datele de mai sus sunt corecte și complete.

Semnătura doamnei,

Semnătura domnului,