



Unitatea sanitară _____

ADEVERINȚA

Prin prezenta, vă aducem la cunoștință că:

Doamna _____, identificata cu CNP-

Si Domnul _____, identificat cu CNP

având diagnosticul _____ de

au indicație medicală să intre în **„Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității”**

Suntem de acord să oferim serviciile medicale specializate prevăzute în Normele de aplicare a H.G. nr. 1103/07.09.2022

Data: ____ / ____ / _____

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

Anexa 2