

Unitatea sanitară \_\_\_\_\_  
(denumire integrală)

Medic specialist \_\_\_\_\_  
(nume prenume)

## **ADEVERINȚĂ**

Prin prezenta vă aducem la cunoștința că:

Domnul/Doamna \_\_\_\_\_,  
identificat(ă) cu CNP \_\_\_\_\_, diagnosticat(ă) cu  
cancer \_\_\_\_\_, are indicație medicală privind  
prelevarea și crioconservarea spermei/ovocitelor.

S-a eliberat prezenta Adeverință spre a-i servi, sus numitului/numitei, la  
înscrierea în Proiectul „*NEWBORN-ONCOFERTLITATE*” derulat de Primăria  
Municipiului București, prin Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale  
București.

Data

\_\_\_\_\_

Reprezentant legal

\_\_\_\_\_  
(numele prenumele)

\_\_\_\_\_  
(semnătură / parafă)