

Declaratie pe proprie raspundere - MODEL

Subsemnatii

_____ identificat prin CNP _____ si CI

(nume si prenume)

serie _____ numar _____

si

_____ identificat prin CNP _____ si CI

(nume si prenume)

serie _____ numar _____

Declaram pe propria raspundere ca am depus un singur dosar medical la sediul unei singure unitati medicale ce deruleaza Programul National FIV, respectiv _____

(numele unitatii sanitare)

Declaram pe proprie raspundere ca nu am beneficiat in trecut de o alta procedura FIV/ET finantata prin subprogramul FIV/ET.

Declaram pe proprie raspundere ca am fost informati de:

- necesitatea evaluarii medicale suplimentare in scopul imbunatatirii ratei de succes si scaderii riscurilor asociate procedurilor
- faptul ca costurile aferente acestor evaluari medicale nu fac obiectul rambursarii din fondurile alocate subprogramului FIV/ET.

Sub sanctiunile aplicate faptei de fals si uz de fals in acte publice, conform prevederilor codului penal, declaram ca informatiile incluse in prezentul document sunt corecte si complete.

Nume/Prenume/Semnatura

Nume/Prenume/Semnatura

Data: _____