

Proiect ”Testarea genetică la cancerul de sân în stadii incipiente”

Unitatea sanitara: _____

ANEXA 1

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta vă aducem la cunostinta ca :

Doamna _____, identificat cu CNP _____, are indicație medicală privind efectuarea de testare genetică: _____.

Pacienta, mai sus menționată, îndeplinește, din punct de vedere medical, toate criteriile de eligibilitate prevăzute în Regulamentul privind implementarea proiectului ”Testarea genetică la cancerul de sân în stadii incipiente.”

Testarea genetică recomandată, îndeplinește caracteristicile prevăzute la Art. 6.2. din Regulamentul privind implementarea proiectului ”Testarea genetică la cancerul de sân în stadii incipiente.”

Medic specialist oncolog (Nume & Prenume) _____

Date contact: Tel: _____; Email: _____

Semnatura: _____

Parafa: _____