

## 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: