



MINISTERUL MUNCII
FAMILIEI, TINERETULUI ȘI SOLIDARITĂȚII SOCIALE

ANEXA Nr. 1b

DOCUMENT INDICAȚIE FIV

Nr. înregistrare/dată unitate sanitară
...../.....2025

Unitatea sanitară,

Prin prezenta, vă aducem la cunoștință că:

doamna,

identificată cu CNP,

și, după caz,

domnul,

identificat cu CNP,

având diagnosticul de

.....
.....

au indicație medicală eliberată de medic să fie inclusă/incluși în Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității.

Solicitantă/Solicitanții a/au fost informată/informați că procedurile medicale vor fi efectuate la sediul unității sanitare din localitatea, județul

Suntem de acord să oferim solicitantei/solicitanților de mai sus serviciile medicale specializate prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Programului social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității, aprobate prin Ordinul ministrului muncii, familiei, tineretului și solidarității sociale nr. 1.175/2025, potrivit diagnosticului

.....
.....
.....
.....
.....

Reprezentant legal,

.....

(numele în clar, semnătura, ștampila unității)

Medic specialist,

.....

(numele în clar, semnătura, parafa)