



MINISTERUL MUNCII  
FAMILIEI, TINERETULUI ȘI SOLIDARITĂȚII SOCIALE

ANEXA nr.1b la normele metodologice

**DOCUMENT DE INDICAȚIE FIV**

Nr. înregistrare/dată unitate sanitară

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_

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 inclus(ă)/inclusi  
în Programul social de interes național de susținere a cuplurilor și a femeilor 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 femeilor singure pentru creșterea natalității, aprobat prin Hotărârea  
Guvernului nr. 264/2026, potrivit diagnosticului

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Reprezentant legal, \_\_\_\_\_ (numele în clar, semnătura, ștampila unității)

Medic specialist \_\_\_\_\_ (numele în clar, semnătura, parafa)