

**Proiect „Testarea BRCA”**

**Unitatea sanitară:** \_\_\_\_\_

**ANEXA 1**

**ADEVERINȚĂ**

Prin prezenta vă aducem la cunoștință că :

Domnul / Doamna \_\_\_\_\_, identificat/ă cu CNP  
\_\_\_\_\_, are indicație medicală privind efectuarea de  
testare BRCA.

Pacientul/a, mai sus menționat/ă, îndeplinește, din punct de vedere medical, toate criteriile de eligibilitate prevăzute în Regulamentul privind implementarea proiectului „Testarea BRCA.”

Testarea genetică recomandată, îndeplinește caracteristicile prevăzute la Art. 5 din Regulamentul privind implementarea proiectului „Testarea BRCA.”

**Medic specialist oncolog (Nume și Prenume)** \_\_\_\_\_

**Date contact: Tel:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Semnatura:** \_\_\_\_\_

**Parafa:**