

Unitatea medicală afiliată \_\_\_\_\_

## ADEVERINȚĂ

Prin prezenta vă aducem la cunoștință că:

Copilul \_\_\_\_\_,

Identificat cu CNP \_\_\_\_\_

Necesită aplicarea:

Unui aparat ortodontic fix pentru arcada superioară

Unui aparat ortodontic fix pentru arcada inferioară

Suntem de acord, să oferim serviciile medicale specializate prevăzute în Regulamentul de aplicare al proiectului.

Se eliberează prezenta indicație medicală pentru includerea copilului în proiectul „SMILE”.

Data: \_\_\_\_\_

Medic specialist/primar în specializarea Ortodonție:

(Nume, prenume) \_\_\_\_\_

(Semnatura, parafă) \_\_\_\_\_

**Reprezentant legal unitate medicală,**

\_\_\_\_\_  
(nume în clar, semnătura, ștampila unității)