

Декларация по образец към т.1.

Лечебно заведение СБАЛАГ „Майчин дом „ ЕАД

Долуподписаната.....
(име, презиме и фамилия)

ЕГН.....

Адрес по лична карта.....

Телефон за връзка.....

Декларирам, че не съм внесла такса за лабораторни изследвания за оценка на риска от раждане на дете с хромозомни аномалии (биохимичен скрининг) и за медико – генетична консултация.

Дата.....

Подпис.....