|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **До** | | |
| **Изпълнителния директор на** | | |
| **Изпълнителната агенция** | | |
| **"Медицински надзор"** | | |
| **УДОСТОВЕРЕНИЕ** | | | |
| от .................................................................................................................................................................. | | | |
| *(наименование на лечебното заведение)* | | | |
| ....................................................................................................................................................................... | | | |
| *(трите имена на ръководителя на лечебното заведение)* | | | |
| ....................................................................................................................................................................... | | | |
| *(трите имена на отговорното лице)* | | | |
| Удостоверявам, че долуизброените клетки: | | | |
| ....................................................................................................................................................................... | | | |
| *(описание на клетките по вид и количество, УИН)* | | | |
| взети от ......................................................................................................................................................., | | | |
| *(трите имена и ЕГН на донора)* | | | |
| не могат да се използват за създаване на потомство поради следните причини  съгласно чл. 2, ал. 1: | | | |
| ....................................................................................................................................................................... | | | |
| ....................................................................................................................................................................... | | | |
| ....................................................................................................................................................................... | | | |
|  | | | |
| Дата: |  | ............................................................................................................... |
|  |  | *(име и подпис на отговорното лице)* |
|  |  | ............................................................................................................... |
|  |  | *(име и подпис на ръководителя на лечебното заведение)* |
|  |  | *(печат на лечебното заведение)* |