

Приложение № 15
к приказу Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 30 августа 2012 г. № 107н

Форма

Справка
о медицинской организации, выполнившей программу
экстракорпорального оплодотворения¹ и (или) перенос
криоконсервированных эмбрионов в рамках территориальной программы
обязательного медицинского страхования

(наименование и адрес медицинской организации, выполнившей программу ЭКО и (или)
перенос криоконсервированных эмбрионов)

(индивидуальный код пациента) (дата рождения пациента) (возраст пациента)

(период проведения ЭКО и (или) переноса криоконсервированных эмбрионов)

(результат проведенного лечения)

(должность руководителя
медицинской организации)

(подпись)

(Ф.И.О)
(отчество указывается при наличии)

М.П.

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)»

¹ Далее – ЭКО.