

Наименование медицинской организации

---

## СПРАВКА

Дана донору \_\_\_\_\_  
о гинекологическом статусе (перенесенные  
заболевания, оперативные вмешательства, роды,  
отсутствие беременности и др.)

---

---

---

---

---

---

---

---

Врач-гинеколог \_\_\_\_\_

М.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.