*(Ban hành kèm theo Thông tư số 34/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
----------------**

**BẢN XÁC NHẬN**

**Về việc sinh con bằng kỹ thuật mang thai hộ**

Kính gửi:..............................................................................................

**1. Thông tin của bên nhờ mang thai hộ:**

Họ và tên vợ:.................................................................. Năm sinh.................................

Số CMND/Hộ chiếu:...................................................... Dân tộc:....................................

Nơi đăng ký thường trú:..................................................................................................

Họ và tên chồng:............................................................. Năm sinh................................

Số CMND/Hộ chiếu:...................................................... Dân tộc.....................................

Nơi đăng ký thường trú:..................................................................................................

Giấy đăng ký kết hôn số (nếu có):..................................................................................

**2. Thông tin của bên mang thai hộ**

Họ và tên vợ:................................................................ Năm sinh...................................

Số CMND/Hộ chiếu:.................................................... Dân tộc:......................................

Nơi đăng ký thường trú:..................................................................................................

Họ và tên chồng (nếu có):............................................ Năm sinh...................................

Số CMND/Hộ chiếu:.................................................... Dân tộc.......................................

Nơi đăng ký thường trú:..................................................................................................

Giấy đăng ký kết hôn số (nếu có):..................................................................................

Chúng tôi xác nhận đã thực hiện kỹ thuật mang thai hộ thành công tại Bệnh viện:

........................................................................................................................................

Vào ngày......... tháng....... năm......... theo Bản Thỏa thuận mang thai hộ vì mục đích nhân đạo đã được chứng thực (công chứng) tại:............................................................................

*............, ngày........ tháng....... năm 20...*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NGƯỜI VỢ NHỜ MANG THAI HỘ***(Ký, ghi rõ họ tên)* | **NGƯỜI CHỒNG NHỜ MANG THAI HỘ***(Ký, ghi rõ họ tên)* | **NGƯỜI VỢ MANG THAI HỘ***(Ký, ghi rõ họ tên)* | **NGƯỜI CHỒNG MANG THAI HỘ***(Ký, ghi rõ họ tên)* |