



Ime (ime jednog roditelja) i prezime: \_\_\_\_\_  
Jedinstveni matični broj (JMB): \_\_\_\_\_  
Naziv pravnog subjekta: \_\_\_\_\_  
Adresa stanovanja / sjedišta: \_\_\_\_\_  
Broj telefona, fax-a i mob.: \_\_\_\_\_

## OPĆINA HADŽIĆI

- Služba za boračko – invalidsku, socijalnu  
i zdravstvenu zaštitu, izbjegla i raseljena lica -

### PREDMET: **Zahtjev za sufinansiranje troškova medicinske potpomognute oplodnje**

Obraćam Vam se sa zahtjevom za sufinansiranje medicinske potpomognute oplodnje.

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

1. Prijavu mjesta prebivališta-boravišta za ženu koja podnosi zahtjev;
2. Uvjerenje o kretanju za ženu koja podnosi zahtjev;
3. Izvod iz matične knjige vjenčanih;
4. Nalaz i dokazi za liječenje neplodnosti, metodama potpomognute oplodnje izdat od nadležne ginekološko-akušerske klinike ili specijaliste ginekologije koji se bavi humanom reprodukcijom u javnoj i privatnoj zdravstvenoj zaštiti žene KS ;
5. Predračun troškova postupka potpomognute oplodnje izdat od strane zdravstvene ustanove koja provodi tu uslugu;
6. Ovjerena kopija tekućeg – transakcijskog računa.

Potpisom na obrascu dajem izričitu saglasnost Općini Hadžići za obradu ličnih podataka datih u navednom zahtjevu.

U Hadžićima, \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_. godine

Podnosilac zahtjeva:  
\_\_\_\_\_