



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:
