

Podnosilac zahtjeva:

|  |  |
| --- | --- |
| PREZIME |  |
| IME |  |
| IME RODITELJA |  |
| ADRESA STANOVANJA |  |
| KONTAKT TELEFON |  |

GRAD ZAVIDOVIĆI

SLUŽBA ZA UPRAVU DRUŠTVENIH DJELATNOSTI,

PITANJA BORACA I OPĆU UPRAVU

PREDMET: ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA SUFINANSIRANJE TROŠKOVA VANTJELESNE OPLODNJE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **P O T R E B N A D O K U M E N T A C I J A** | | | |
| **Traženi dokument** | **Institucija koja izdaje dok.** | **Forma** | **Komentar** |
| Uvjerenje o kretanju za oba bračna partnera (izdaje MUP, Odsjek za administraciju Zavidovići); | MUP ZDK, Odsjek za administraciju Zavidovići | Original ili ovjerena kopija | Dokument ne smije biti stariji od 3 mjeseca |
| Izvod iz matične knjige vjenčanih | Matični ured | Original ili ovjerena kopija |  |
| Nalaz/dokaz za potrebe liječenja neplodnosti metodama vantjelesne oplodnje | Nadležne ginekološko-akušerske klinike ili specijaliste ginekologije koji se bave humanom reprodukcijom u javnoj ili privatnoj zdravstvenoj zaštiti za žene | Orginal ili ovjerena kopija |  |
| Predračun, račun ili dokaz o uplati sredstava za postupak vantjelesne oplodnje koja je u toku ili se pokreće | Izdaje nadležna medicinska ustanova | Orginal ili ovjerena kopija |  |
| Potvrda o otvorenom bankovnom računu na ime podnosioca zahtjeva | Banka | Original/Ovjerena kopija |  |

Rok za rješavanje zahtjeva (sa potpunom dokumentacijom): 20 dana.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(datum podošenja zahtjeva) (potpis podnosioca/podnositelja zahtjeva)

Napomena:*Obrazac čitko popuniti.*