



Подносилац захтјева		03-16
Презиме, име оца и име		(ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ)
Датум и мјесто рођења		
Пребивалиште-адреса становања		
Контакт телефон		

ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ПРИВРЕДУ И ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ

ПРЕДМЕТ: СУФИНАНСИРАЊЕ ВАНТЈЕЛЕСНЕ ОПЛОДЊЕ

Образложење захтјева

ДОКУМЕНТАЦИЈА			
Назив документа	Институција	Форма	Коментар
Лична карта	МУП	НА УВИД	
Увјерење о пребивалишту- образац ПБ4А	МУП	Оригинал или Овјерена копија	-
Доказ надлежне канцеларије Фонда Здравственог осигурања РС о признавању права на три процедуре	Фонд здравственог осигурања РС	Оригинал или овјерена копија	-
Медицински налази који доказују оправдану потребу за процедуром асистираних репродукције и медицинску документацију о претходно проведеним и неуспјелим поступцима вантјелесне оплодње	Здравствена установа	Овјерена копија	
Текући рачун (број рачуна и назив банке)	УПИСАТИ		

ТАКСЕ И НАКНАДЕ

Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
---------------------	---------------------	-------------	-----------------------

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): Нема дефинисаног рока.

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): Једнократно

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)