**РЕПУБЛИКА СРБИЈА**

**АП ВОЈВОДИНА**

**ОПШТИНА ЖИТИШТЕ**

**К**омисија за утврђивање услова за суфинансирање у поступку БМПО

Број :

Датум:

# **ЗАХТЕВ ЗА ДОДЕЛУ СРЕДСТАВА ЗА СУФИНАНСИРАЊЕ ПОСТУПКА БМПО – вантелесна оплодња**

|  |
| --- |
| **ОСНОВНИ ПОДАЦИ** |
| **Име и презиме СУПРУГЕ**  |  |
| **ЈМБГ**  |  |
| **Адреса становања** **(улица и број, место)**  |  |
| **Контакт телефон, факс**  |  |
| **E-mail адреса**  |  |
| **Име и презиме СУПРУГА**  |  |
| **ЈМБГ**  |  |  |
| **Адреса становања** **(улица и број, место)**  |  |
| **Контакт телефон, факс**  |  |  |
| **E-mail адреса**  |  |  |

|  |
| --- |
| **ПОДАЦИ О ДОСАДАШЊИМ ПОКУШАЈИМА БМПО – ВАНТЕЛЕСНА ОПЛОДЊА**  |
| **БРОЈ досадашњих покушаја** **поступка БМПО**  |  |
| **МЕСЕЦ И ДАТУМ** **МЕДИЦИНСКОГ ИЗВЕШТАЈА О ПРЕТХОДНИМ ПОСТУПЦИМА**  | 1.2.3. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ПРЕДРАЧУН ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ****БРОЈ ................. ОД ДАНА ........................** | **НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ** |
| **ИЗНОС СРЕДСТАВА ПО ПРЕДРАЧУНУ**  |

|  |
| --- |
| **ПРИЛОЗИ** |
| **Уз захтев, приликом конкурисања, потребно је приложити следеће:** |
|  **- Очитана лична карта за ОБА подносиоца захтева** **Доставља подносилац да не прибавља орган да не** **(заокружити да ли сам доставља или прибавља орган из службене евиденције )** |
| * **Извод из матичне књиге венчаних**
* **Доставља подносилац да не прибавља орган да не**

**(Или доказ о ванбрачној заједници – оверена изјава од стране 2 сведока да пар живи заједно најмање 2 године)** |
| * **Уверење о држављанству Републике Србије ЗА ОБА подносиоца захтева**

**Доставља подносилац да не прибавља орган да не**  |
| * **Уверење о пребивалишту**

**Доставља подносилац да не прибавља орган да не** * **(заокружити да ли сам доставља или прибавља орган из службене евиденције**
 |
| * **Медицинска документација коју пар поседује односно доказ да је пар спроводио поступак лечења неплодности путем БМПО - вантелесне оплодње**
* **Лекарски извештаји , или**
* **потврде РФЗО да је пар искористио право на три покушаја или**
* **Лекарски извештаји или други документи којим се доказују најмање три досадашња неуспешна покушаја вантелесне оплодње независно од начина финансирања и здравствене установе ,**

**(означити шта од напред наведене документације прилаже или уписати коју другу документацију прилаже ):****..............................................................................................................................................................****...............................................................................................................................................................** |
| * **Предрачун издат од стране здравствене установе**
* **Фотокопија картице текућег рачуна на име лица које је у поступку БМПО**
 |

|  |
| --- |
| **ИЗЈАВА ПОДНОСИТЕЉКЕ ЗАХТЕВА** |

**Овим путем ја \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (име и презиме подноситељке захтева ), изјављујем под пуном материјалном и кривичном одговорношћу да су тачни сви подаци који су у захтеву наведени.**

**Овом изјавом дајем своју сагласност комисији да може вршити увид у наведену документацију, те у оквиру својих надлежности извршити проверу датих података.**

**Потписом ове изјаве се обавезујем да ћу примљена средства искористи искључиво наменску за одобрену сврху.**

**ПОТПИС ПОДНОСИТЕЉКЕ ЗАХТЕВА**

|  |
| --- |
| **ИЗЈАВА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА** |

**Овим путем ја \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (име и презиме подноситеља захтева ), изјављујем под пуном материјалном и кривичном одговорношћу да су тачни сви подаци који су у захтеву наведени.**

**Овом изјавом дајем своју сагласност комисији да може вршити увид у наведену документацију, те у оквиру својих надлежности извршити проверу датих података.**

**Потписом ове изјаве се обавезујем да ћу примљена средства искористи искључиво наменску за одобрену сврху.**

**ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА**