**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**