

На основу одлуке комисије за вантелесну оплодњу, здравствена установа

_____ (име здравствене установе)

датум заседања комисије: _____

број: _____

издаје

ПОТВРДУ
О ИСПУЊЕЊУ УСЛОВА ЗА ПРОЦЕС ВАНТЕЛЕСНЕ ОПЛОДЊЕ

Осигурано лице _____

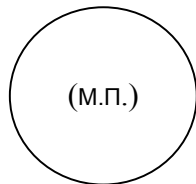
из _____

адреса _____

јмбг _____ лбо _____

На основу јединствено утврђених критеријума Републичке стручне комисије Министарства здравља за вантелесну оплодњу и асистирану репродукцију, увида у потребну прописану медицинску документацију и оцене комисије за вантелесну оплодњу, испуњава све услове за укључивање у процес вантелесне оплодње.

Потврда се издаје као доказ да је осигурано лице у потпуности спремно за упућивање на процес вантелесне оплодње, и у друге сврхе се не може употребити.



(одговорно лице)

НАПОМЕНА:
ТРАЈАЊЕ ПОТВРДЕ ИЗНОСИ ШЕСТ МЕСЕЦИ ОД ДАТУМА ЗАСЕДАЊА
КОМИСИЈЕ ЗА ВАНТЕЛЕНУ ОПЛОДЊУ.