



НАПОМЕНА: САМО ЗА СУПРУЖНИКЕ, ОДНОСНО ВАНБРАЧНЕ ПАРТНЕРЕ КОЈИ СУ САГЛАСНИ СА ЗАМРЗАВАЊЕМ ЕМБРИОНА

Изјава супружника, односно ванбрачних партнера у вези са замрзавањем ембриона

1. ИЗЈАВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА-ЖЕНЕ

Ја _____, из _____, ЛБО _____,
(име и презиме) (место и адреса)

са Л.К. бр _____ издата у _____ **изјављујем** да сам сагласна да, уколико буду створене могућности, замрзнем ембрион/е из процеса лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње на који се упућујем са супружником, односно ванбрачним партнером чији су подаци наведени у тачки 2. (ове изјаве)

(својеручни потпис)

2. ИЗЈАВА СУПРУЖНИКА, ОДНОСНО ВАНБРАЧНОГ ПАРТНЕРА

Ја _____, из _____, ЛБО _____,
(име и презиме) (место и адреса)

ЈМБГ _____, са Л.К. бр _____ издата у _____

изјављујем да сам сагласан да се, уколико буду створене могућности, замрзне/у ембрион/и из процеса лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње на коју се упућујем са супругом, односно ванбрачним партнером чији су подаци наведени у тачки 1. (ове изјаве).

(својеручни потпис)

Место _____

Датум _____

НАПОМЕНА* САГЛАСНИ СМО ДА СЕ ЕМБРИОНИ ЗАМРЗНУТИ НА ТЕРЕТ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА МОРАЈУ И ОДМРЗНУТИ НА ТЕРЕТ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА СВЕ ДОК СЕ НЕ ИСКОРИСТИ ПРАВО НА БРОЈ ПОКУШАЈА КРИОЕМБРИОТРАНСФЕРА КОЈИ ЈЕ ЈЕ ПРОПИСАН ПРАВИЛНИКОМ О САДРЖАЈУ И ОБИМУ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА И О ПАРТИЦИПАЦИЈИ.

НАПОМЕНА**:Образац се издаје у три примерка, један за матичну филијалу, један за брачне, односно ванбрачне партнере и један за здравствену установу у којој се спроводи поступак БМПО.

Важи само уз Образац ОЛК-12.

ЈМБГ се уноси само за супружника, односно ванбрачног партнера-мушкарца који није осигурано лице.