



Изјава о избору здравствене установе

Изјављујем да бих желела да поступак БМПО обавим у здравственој установи са списка установа са којима Републички фонд има закључен уговор о пружању услуга лечења неплодности поступцима БМПО, који ми је стављен на увид, и то:

_____.
(назив изабране здравствене установе)

Сагласна сам да Дирекција Републичког фонда за здравствено осигурање задржава право да одреди другу здравствену установу у којој се може обавити поступак БМПО уколико здравствена установа за коју сам се определила није у могућности да, из објективних разлога, пружи наведену здравствену услугу.

ОСИГУРАНО ЛИЦЕ-ЖЕНА

Име и презиме _____

ЛБО: _____

Број личне карте _____, издата у _____

(својеручни потпис)

ОСИГУРАНО ЛИЦЕ-МУШКАРАЦ

Име и презиме _____

ЛБО: _____

Број личне карте _____, издата у _____

(својеручни потпис)

Место: _____

Датум: _____

НАПОМЕНА: Образац БМПО-1 се издаје у два примерка. Један примерак за осигурано лице-жену, а други за Републички фонд за здравствено осигурање.

Изјаву не потписује супружник, односно ванбрачни партнер-мушкарац који није осигурано лице.