

**Потврда о испуњености услова за поступак БМПО
-криоембриотрансфер-**

На основу оцене лекарске комисије, издате на обрасцу ОЛК-11а, првостепена лекарска комисија Филијале

_____ (назив филијале)

Дана _____

издаје

**ПОТВРДУ
О ИСПУЊЕЊУ УСЛОВА ЗА КРИОЕМБРИОТРАНСФЕР**

Осигурано лице (жена) _____

из _____

адреса _____

ЛБО: _____

У складу са Упутством за спровођење лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења и на основу увида у прописану документацију, осигурано лице-жена испуњава услове за упућивање на криоембриотрансфер на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Потврда се издаје за упућивање на поступак криоембриотрансфера и у друге сврхе се не може употребити.

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу-жени

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

**НАПОМЕНА: ПОТВРДА ВАЖИ ДВАНАЕСТ МЕСЕЦИ ОД ДАТУМА ИЗДАВАЊА.
ПОТВРДА ВАЖИ САМО ЗА ЈЕДАН ПОСТУПАК.**