

**Потврда о испуњености услова за поступак замрзавања јајних
ћелија/ембриона за осигурано лице-жену
ОНКОФЕРТИЛИТЕТ**

На основу одлуке Комисије за лечење неплодности поступцима биомедицински
потпомогнутог оплођења, здравствена установа _____
(назив и седиште здравствене установе)

Датум заседања Комисије: _____

Број: _____

издаје

**ПОТВРДУ О ИСПУЊЕЊУ УСЛОВА ЗА ПОСТУПАК замрзавања јајних
ћелија/ембриона**

Осигурано лице (жена) _____

из _____

адреса _____

ЛБО: _____

Потврда се издаје као доказ да је осигурано лице-жена у потпуности спремна за поступак замрзавања
јајних ћелија/ембриона и у друге сврхе се не може употребити.

М.П.

(одговорно лице)