

ПРЕДМЕТ: Одобравање средстава за вантјелесну оплодњу

(назив административног/управног поступка)

ИМЕ _____
 ПРЕЗИМЕ _____
 ИМЕ РОДИТЕЉА _____
 ДАТУМ И МЈЕСТО _____
 РОЂЕЊА _____

ЈМБ _____
 ЛИЧНА КАРТА _____
 (број и мјесто издавања)

АДРЕСА _____
 СТАНОВАЊА _____

КОНТАКТ ТЕЛЕФОН _____

Образложење захтјева:

Прилози и форма документа:

Редни број	Назив документа	Документ издаје/ посједује	Форма	Коментар
1.	Увјерење о пребивалишту	МУП	Оригинал	
2.	Рјешење Фонда здравственог осигурања РС	Фонд здравственог осигурања РС	Копија	
3.	Медицински налази	Здравствена установа	Копија	Не старији од 6 мјесеци
4.	Медицинска документација о претходно проведеним процедурама	Здравствена установа	Копија	
5.	Лична карта подносиоца	МУП	Копија	
6.	Текући рачун	Банка	Копија	

Рок за рјешавање захтјева странке: Рок за рјешавање потпуног захтјева странке 5 дана.

Назив и висина таксе и/или накнаде: /

У Прњавору,
 Дана _____

Подносилац захтјева
