**З а х т е в**

**за остваривање права на накнаду трошкова биомедицински**

**потпомогнутог оплођења**

|  |
| --- |
| **Подаци о подносиоцима захтева:** |
|  |
| Име и презиме: |  |
| Место и адреса пребивалишта: |  |
| ЈМБГ: |  |
| Држављанство |  |
|  |  |
| Име и презиме: |  |
| Место и адреса пребивалишта: |  |
| ЈМБГ: |  |
| Држављанство: |  |
|  |  |
|  |
| **Брачни статус подносиоца захтева:** |
| 1. супружници 2. ванбрачни партнери |
| **Подаци о здравственој установи:** |
|  |
| Пословно име: |  |
| Место и адреса седишта: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Да ли су подносиоци захтева раније користили средства Општине Свилајнац за **биомедицински потпомогнутог оплођење?** | ДА | НЕ |
| *(Заокружити одговор)* |

Уз захтев се прилаже *(Заокружити редни број испред приложене документације)*:

1. извод из матичне књиге венчаних или изјава оверена од стране два сведока да ванбрачни партнери живи заједно;
2. уверења о држављанству Републике Србије за подносиоце захтева;
3. уверења о пребивалишту за подносиоце захтева;
4. фотокопије личних карти подносиоца захтева;
5. профактура (предрачун) здравствене установе код које ће се вршити поступак биомедицински потпомогнутог оплођења, о висини средстава потребних за покриће трошкова *(Ако је здравствена установа у страној држави, документ се доставља оверен на српском језику од стране овлашћеног преводиоца)*;
6. решење о упису здравствене установе у надлежни регистар *(Ако је здравствена установа у страној држави доставља се одговарајући доказ о упису здравствене установе у надлежни регистар, оверен на српском језику од стране овлашћеног преводиоца)*;
7. потврда надлежног органа здравствене установе о испуњености здравствених услова за укључивање у процес биомедицински потпомогнутог оплођења *(Ако је здравствена установа у страној држави, документ се доставља оверен на српском језику од стране овлашћеног преводиоца)*;
8. извештај са рачунима о наменском утрошку средстава за претходно додељена средства из буџета општине Свилајнац по основу накнаде трошкова биомедицински потпомогнутог оплођења.
9. фотокопија текућег рачуна на који ће се извршити пренос одобрених средстава.

Потписи подносиоца захтева:

|  |
| --- |
|  |
| Име и презиме |
|  |
| Потпис |
|  |
| Име и презиме |
|  |
| Потпис |