




<b>ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА</b>		Е-УПР - ИБ	 Република Српска ГРАД ПРИЈЕДОР ГРАДОНАЧЕЛНИК ГРАДСКА УПРАВА ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ		 																
ПРЕЗИМЕ (ИМЕ РОДИТЕЉА) И ИМЕ / НАЗИВ:																					
ЈМБ / ЛИБ:			<table border="1"> <tr> <th colspan="4">ГРАДСКА УПРАВА ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ</th> </tr> <tr> <td colspan="4">ПРИМЉЕНО:</td> </tr> <tr> <th>ОРГ.ЈЕД.</th> <th>БРОЈ</th> <th>ПРИЛОГ</th> <th>ВРИЈЕДНОСТ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			ГРАДСКА УПРАВА ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ				ПРИМЉЕНО:				ОРГ.ЈЕД.	БРОЈ	ПРИЛОГ	ВРИЈЕДНОСТ				
ГРАДСКА УПРАВА ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ																					
ПРИМЉЕНО:																					
ОРГ.ЈЕД.	БРОЈ	ПРИЛОГ				ВРИЈЕДНОСТ															
БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ ФИЗИЧКОГ ИЛИ ОВЛ. ЛИЦА (издата од):																					
КОНТАКТ АДРЕСА:																					
Е-МАИЛ:																					
КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:			<b>ГП МП 7.1.1.1 06/1-1</b>																		

<b>ПРЕДМЕТ:</b>	<b>ЗАХТЈЕВ ЗА ДОДЈЕЛУ СРЕДСТАВА ЗА ВАНТЈЕЛЕСНУ ОПЛОДЊУ</b>		
Датум рођења:			
Број година заједничког живота:			
Број покушаја поступака вантјелесне оплодње:			
Запосленост:	<input type="checkbox"/> Пар запослен <input type="checkbox"/> Једно лице незапослено <input type="checkbox"/> Пар без запослења		




**УЗ ЗАХТЈЕВ ПРИЛОЖИТИ:**

1. Увјерење о пребивалишту
2. Рјешења ФЗО РС (1.2 и 3. процедура)
3. Медицински налаз (не старији од 6 мјесеци) којим се доказује оправдана потреба за вантјелесну оплодњу
4. Медицинска документација о претходно проведеним процедурама вантјелесне оплодње
5. Фотокопија личне карте
6. Фотокопија текућег рачуна

простор за административну таксу

Потпис подносиоца захтјева:

Приједор, \_\_\_\_\_ год. \_\_\_\_\_

<b>PODNOŠILAC ZAHTEJVA</b>	E-UPR - IB	 Republika Srpska GRAD PRIJEDOR GRADONAČELNIK GRADSKA UPRAVA ODJELJENJE ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI PRIJEMNI ŠTAMBIJ	 																
PREZIME ( IME RODITELJA) I IME / NAZIV:																			
JMB / JIB:	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">GRADSKA UPRAVA ODJELJENJE ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI</th> </tr> <tr> <td colspan="4">PRIMLJENO:</td> </tr> <tr> <th>ORG.JED.</th> <th>BROJ</th> <th>PRILOG</th> <th>VRIJEDNOST</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			GRADSKA UPRAVA ODJELJENJE ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI				PRIMLJENO:				ORG.JED.	BROJ	PRILOG	VRIJEDNOST				
GRADSKA UPRAVA ODJELJENJE ZA DRUŠTVENE DJELATNOSTI																			
PRIMLJENO:																			
ORG.JED.				BROJ	PRILOG	VRIJEDNOST													
BROJ LIČNE KARTE FIZIČKOG ILI OVL. LICA (izdata od):																			
KONTAKT ADRESA:																			
E-MAIL:																			
KONTAKT TELEFON:	<b>GP MP 7.1.1.1 06/1-1</b>																		

<b>PREDMET:</b>	<b>ZAHTEJEV ZA DODJELU SREDSTAVA ZA VANTJELESNU OPLODNJU</b>
Datum rođenja:	
Broj godina zajedničkog života:	
Broj pokušaja postupaka vantjelesne oplodnje:	
Zaposlenost:	<input type="checkbox"/> Par zaposlen <input type="checkbox"/> Jedno lice nezaposleno <input type="checkbox"/> Par bez zaposlenja

**UZ ZAHTEJEV PRILOŽITI:**

1. Uvjerenje o prebivalištu
2. Rješenja FZO RS (1.2 i 3. procedura)
3. Medicinski nalaz (ne stariji od 6 mjeseci) kojim se dokazuje opravdana potreba za vantjelesnu oplodnju
4. Medicinska dokumentacija o prethodno provedenim procedurama vantjelesne oplodnje
5. Fotokopija lične karte
6. Fotokopija tekućeg računa

prostor za administrativnu taksu

Potpis podnosioca zahtjeva:

Prijedor, \_\_\_\_\_ god. \_\_\_\_\_