




|                               |  |            |  |   |   |
|-------------------------------|--|------------|--|---|---|
| <b>ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЈЕВА</b>    |  | Е-УПР - ИБ |  |  РЕПУБЛИКА СРПСКА<br>ГРАД ПРИЈЕДОР<br>ГРАДОНАЧЕЛНИК<br>ГРАДСКА УПРАВА<br>ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОБРАЗОВАЊЕ, ЗДРАВСТВО, СОЦИЈАЛНУ<br>ЗАШТИТУ И ДЕМОГРАФСКУ И ПРОНАТАЛИТЕТНУ ПОЛИТИКУ |   |
| ПРЕЗИМЕ (ИМЕ РОДИТЕЉА) И ИМЕ: |  |            |  |   |   |
| БРОЈ ЛИЧНЕ КАРТЕ (издата од): |  |            |  | ПРИЈЕМНИ ШТАМБИЉ  |   |
| АДРЕСА:                       |  |            |  | <b>ГРАДСКА УПРАВА</b><br><b>ОДЈЕЉЕЊЕ ЗА ОПШТУ УПРАВУ</b>  |   |
|                               |  |            |  | ПРИМЉЕНО:   |   |
| Е-МАИЛ:                       |  |            |  | ОРГ.ЈЕД.  | БРОЈ  |
| КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:              |  |            |  | ПРИЛОГ  | ВРИЈЕДНОСТ  |
|                               |  |            |  | <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<br><input type="checkbox"/> Једно лице запослено<br><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.

\_\_\_\_\_

