**O P Š T I N A B A R**

PRIJAVA NA JAVNI POZIV

ZA RASPODJELU SREDSTAVA ZA MEDICINSKI POTPOMOGNUTU OPLODNJU

**Lični podaci žene**

Prezime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj L.K.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_izdata u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Opština\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt podaci: mob.telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Radni status: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visina mjesečnih primanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lični podaci supružnika** bračnog/vanbračnog (ne popunjavaju se u slučaju da je podnosilac žena koja ne živi u bračnoj ni vanbračnoj zajednici)

Prezime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ime\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj L.K.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_izdata u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Opština\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt podaci: mob.telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Radni status: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visina mjesečnih primanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj neuspjelih postupaka MPO:\_\_\_\_\_\_\_\_

Dodatna napomena: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dokumentacija** koja se dostavlja uz prijavni obrazac:

* fotokopija lične karte ili potvrda o prebivalištu;
* izvod iz matične knjige vjenčanih kao dokaz bračne zajednice ili izjavu ovjerenu od ovlašćenog notara za dokazivanje vanbračne zajednice; 
* ovjerena izjava o broju zajedničke djece; 
* izvještaj izabranog ginekologa; 
* medicinska dokumentaciju o liječenju neplodnosti (potvrda o broju obavljenih postupaka MPO, nalaz AMH…);
* predugovor ili ponuda ovlašćene zdravstvene ustanove kojom se stiče uvid u iznos troškova; 
* predračun za nabavku ljekova i druge dopunske terapije za potrebe MPO. 

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_godine Potpis podnosioca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_