



Crna Gora
Prijestonica Cetinje

Adresa: Baja Pivljanina 2
81250 Cetinje, Crna Gora
Tel: +382 41 231 976
e-mail: sekretarijat.ls@cerinje.me

www.cetinje.me

**Sekretarijat za lokalnu samoupravu i
društvene djelatnosti**

Komisija za raspodjelu sredstava za medicinski potpomognutu oplodnju

Broj: 03-131/26-233/4

Cetinje, 20.04.2026.godine

Na osnovu Pravilnika o kriterijumima, načinu i postupku raspodjele sredstava za medicinski potpomognutu oplodnju (broj 03-126/25-192 od 10.04.2025.godine), Komisija za raspodjelu sredstava za medicinski potpomognutu oplodnju, objavljuje

JAVNI POZIV

ZA RASPODJELU SREDSTAVA ZA MEDICINSKI POTPOMOGNUTU OPLODNJU

Odlukom o budžetu Prijestonice Cetinje za 2026.godinu opredijeljena su sredstva u iznosu od **25.000,00 eura** za naknadu troškova u vezi sa ostvarivanjem prava na liječenje neplodnosti postupcima medicinski potpomognute oplodnje. Pravilnikom o kriterijumima, načinu i postupku raspodjele sredstava za medicinski potpomognutu (broj 03-126/25-192 od 10.04.2025.godine) propisani su kriterijumi, način i postupak raspodjele sredstava.

Predmet Javnog poziva je dodjela finansijskih sredstava i to:

Pravo na dodjelu sredstava u iznosu od **3.000,00 eura** imaju bračni, odnosno vanbračni supružnici, odnosno žena koja ne živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici, od kojih je makar jedan supružnik državljanin Crne Gore sa prebivalištem na teritoriji Prijestonice Cetinje od najmanje šest mjeseci ili strani državljanin sa odobrenim privremenim/stalnim boravkom od najmanje šest mjeseci i da ovo pravo nije ostvareno u nekoj drugoj opštini na teritoriji Crne Gore, koji započnu ili su već započeli liječenje neplodnosti primjenom postupka MPO ili donacijom polnih ćelija i embriona, u skladu sa zakonom.

Ovo pravo mogu ostvariti samo bračni, odnosno vanbračni supružnici, odnosno žena koja ne živi u bračnoj ili vanbračnoj zajednici, sa prebivalištem na teritoriji Prijestonice Cetinje od najmanje šest mjeseci ili strani državljanin sa odobrenim privremenim/stalnim boravkom od najmanje šest mjeseci, koji su, saglasno članu 14 stav 1 tačka 19 Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju ("Službeni list Crne



Gore”, br. 145/21 i 048/24), iskoristili sva prava na liječenje neplodnosti postupcima MPO na teret troškova obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Postupak raspodjele sredstava sprovede Komisija za raspodjelu sredstava za medicinski potpomognutu oplodnju, kao stručno savjetodavno tijelo imenovano Rješenjem Gradonačelnika Prijestonice Cetinje, broj 01-126/24-1463 od 17.06.2024.godine, kao i Rješenjem o dopuni rješenja, broj 01-126/24-1463/2 od 12.07.2024.godine.

Rok i način dostavljanja dokumentacije:

Rok za dostavljanje prijave sa potrebnom dokumentacijom je 30 (trideset) dana od dana objavljivanja Javnog poziva.

Prijava na Javni poziv se podnosi na propisanom obrascu.

Uz popunjen obrazac prijave, za učešće na Javnom pozivu neophodno je dostaviti i sljedeću dokumentaciju:

- Fotokopiju lične karte ili potvrdu o prebivalištu;
- Izvod iz matične knjige vjenčanih kao dokaz bračne zajednice ili izjavu ovjerenu od ovlašćenog notara za dokazivanje vanbračne zajednice;
- Ovjerenu izjavu o broju zajedničke djece;
- Izvještaj izabranog ginekologa;
- Medicinsku dokumentaciju o liječenju neplodnosti (potvrda o broju obavljenih postupaka MPO, nalaz AMH...);
- Izvod iz zdravstvenog elektronskog kartona;
- Potvrdu da ovo pravo nije ostvareno u nekoj drugoj opštini na teritoriji Crne Gore, u slučaju da jedan od bračnih ili vanbračnih supružnika ima prebivalište u drugoj opštini;
- Predugovor ili ponuda ovlašćene zdravstvene ustanove kojom se stiče uvid u iznos troškova;

Komisija ima pravo da zatraži dopunu dokumentacije.

Prijava sa pratećom dokumentacijom se šalje putem e-mail adrese: **sekretariat.ls@cetinje.me** ili predaje na Građanskom birou Prijestonice Cetinje, sa naznakom : “Za Komisiju za MPO”.

Neblagovremene prijave neće biti uzete u razmatranje.

Kriterijumi za raspodjelu sredstava propisani su Pravilnikom o kriterijumima, načinu i postupku raspodjele sredstava za medicinski potpomognutu oplodnju (broj 03-126/25-192 od 10.04.2025.godine).

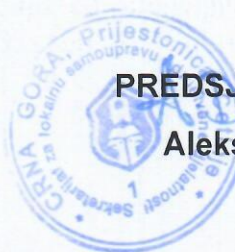


Način objavljivanja Javnog poziva

Javni poziv se objavljuje putem lokalnog javnog emitera "RTV Cetinje", na sajtu Prijestonice Cetinje i putem drugih sredstava medijske promocije (elektronski mediji, nalozi Prijestonice Cetinje na društvenim mrežama i sl.).

Informisanje

Dodatne informacije o svim pitanjima od značaja za prijavljivanje na Javni poziv mogu se dobiti svakog radnog dana od 07-15h u Sekretarijatu za lokalnu samoupravu i društvene djelatnosti ili putem e-mail adrese: sekretarijat.ls@cetinje.me.



PREDSJEDNICA KOMISIJE

Aleksandra Dapčević



Prijestonica Celinje

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: _____



Prijestonica Cetinje

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...);
- Izvod iz zdravstvenog elektronskog kartona;
- Potvrdu da ovo pravo nije ostvareno u nekoj drugoj opštini na teritoriji Crne Gore, u slučaju da jedan od bračnih ili vanbračnih supružnika ima prebivalište u drugoj opštini;
- Predugovor ili ponuda ovlašćene zdravstvene ustanove kojom se stiče uvid u iznos troškova;

Datum: _____ godine

Potpis podnosioca: _____