



*Prijestonica Zadar*

PRIJAVA NA JAVNI POZIV  
ZA RASPODJELU SREDSTAVA ZA MEDICINSKI POTPOMOŽNUTU 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...);
- Potvrdu da osoba nije lišena roditeljskog prava (ukoliko se radi o parovima koji već imaju djecu);
- Potvrdu poslovne sposobnosti;
- Izvod iz zdravstvenog elektronskog kartona;
- Potvrdu od Fonda za zdravstveno osiguranje da su obavili 4 postupka medicinski potpomognute oplodnje na teret Fonda;
- 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: \_\_\_\_\_