



09-02

Подносилац захтјева

Презиме, име оца и име	
Датум и мјесто рођења	
ЈМБ	
Број и мјесто издавања личне карте	
Пребивалиште-адреса становања	
Контакт телефон	

СЛУЖБА ЗА ДРУШТВЕНЕ ДЈЕЛАТНОСТИ

ПРЕДМЕТ: ОДОБРАВАЊЕ СРЕДСТАВА ЗА ВАНТЈЕЛЕСНУ ОПЛОДЊУ

Образложење захјева / Износ тражених средстава

ДОКУМЕНТАЦИЈА

Назив документа	Институција	Форма	Коментар
Лична карта	МУП	Копија	/
Жиро рачун	Банка	Копија	/
Доказ надлежне канцеларије Фонда здравственог осигурања РС о признавању права на двије процедуре асистираних репродукције	Фонд здравственог осигурања Републике Српске	Копија	/
Потврда о мјесту пребивалишта подносиоца захтјева	МУП	Копија	/
Медицински налази који доказују оправдану потребу за процедуром асистираних репродукције, и медицинску документацију о претходно проведеним и неуспјелим поступцима вантјелесне оплодње	Здравствена установа	Копија	/

ТАКСЕ И НАКНАДЕ

Назив таксе/накнаде	Износ таксе/накнаде	Број рачуна	Позив на бр./коментар
/	/	/	/

Рок за рјешавање уредног предмета (са потпуном документацијом): 5 дана

Вријеме важења одлуке по захтјеву (дани): Једнократно

Рок за преглед потпуности захтјева је 1 дан.

(Датум подношења захтјева)

(Потпис подносиоца захтјева)