



PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

Ime podnosioca Prezime podnosioca

OIB Telefon

Ulica Kućni broj

Pošanski broj Mjesto

E-mail

U

Mjesto

,

Datum

Grad Korčula
Upravni odjel za društvene djelatnosti
20260 Korčula
Trg Antuna i Stjepana Radića 1

Predmet: **Zahtjev za sufinanciranje troškova medicinski potpomognute oplodnje**

Živim u:*

bračnoj zajednici

izvanbračnoj zajednici

*Ukoliko je primjenjivo

PODACI O BRAČNOM / IZVANBRAČNOM PARTNERU

Ime partnera Prezime partnera

OIB Telefon

Ulica Kućni broj

Pošanski broj Mjesto

E-mail



Privitak:

- presliku osobne iskaznice ili uvjerenje o prebivalištu ili elektronički zapis o prebivalištu za podnositelja zahtjeva i partnera (ako je primjenjivo) – ne starije od šest (6) mjeseci
- preslika kartice tekućeg računa ili potvrda banke o IBAN podnositelja zahtjeva
- potvrda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje da se postupak medicinski potpomognute oplodnje ne provodi na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ili Izjava da se postupak medicinski potpomognute oplodnje, za koji tražim troškove sufinanciranja ne provodi na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje
- dokaz o provedenom postupku medicinski potpomognute oplodnje (liječničku dokumentaciju, račune ili druge dokaze o nastalom trošku povezanim s postupkom, a koji su izdani od strane ovlaštene zdravstvene ustanove, liječnika specijalista ginekologije, ljekarne i dr.)
- drugi dokazi prema specifičnosti slučaja (navesti)

*
*
*
*
*
*
*
*

Potpis podnositelja zahtjeva