

**ИЗЈАВА О ИЗБОРУ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ**

Изјављујем да бих желела да поступак биомедицински потпомогнутог оплођења обавим у здравственој установи са списка здравствених установа из Плана мреже Републичког фонда за здравствено осигурање и здравствених установа ван Плана мреже Републичког фонда за здравствено осигурање са којима Фонд за социјално осигурање војних осигураника има закључене уговоре о пружању услуга лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења, који ми је стављен на увид и то:

---

(назив изабране здравствене установе)

ВОЈНИ ОСИГУРАНИК – ЖЕНА

Име и презиме: \_\_\_\_\_

ЛБО: \_\_\_\_\_

Број личне карте: \_\_\_\_\_, издата у \_\_\_\_\_

---

(својеручни потпис)

ВОЈНИ ОСИГУРАНИК – МУШКАРАЦ

Име и презиме: \_\_\_\_\_

ЛБО: \_\_\_\_\_

Број личне карте: \_\_\_\_\_, издата у \_\_\_\_\_

---

(својеручни потпис)

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Напомена:

Образац се издаје у два примерка, један за пар, а други за Комисију БМПО ВМА.

Изјаву не потписује супружник који није војни осигураник.