

**ИЗЈАВА ПАРТНЕРА У ВЕЗИ СА ЗАМРЗАВАЊЕМ  
ЕМБРИОНА**

1. ИЗЈАВА ВОЈНОГ ОСИГУРАНИКА – ЖЕНЕ

Ја \_\_\_\_\_, из \_\_\_\_\_,  
(име и презиме) (место и адреса)

ЛБО \_\_\_\_\_, са Л.К. број \_\_\_\_\_ издатом у \_\_\_\_\_,

изјављујем да сам сагласна да се уколико буду остварене могућности, замрзне/у ембрион/и из процеса лечења неплодности поступком биомедицински потпомогнуте оплодње, на који сам упућена са партнером чији подаци су наведени у тачки 2. ове изјаве.

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

2. ИЗЈАВА МУШКАРЦА

Ја \_\_\_\_\_, из \_\_\_\_\_,  
(име и презиме) (место и адреса)

ЛБО \_\_\_\_\_, ЈМБГ \_\_\_\_\_ \*, са Л.К. број \_\_\_\_\_  
издатом у \_\_\_\_\_,

изјављујем да сам сагласан да се уколико буду остварене могућности, замрзне/у ембрион/и из процеса лечења неплодности поступком биомедицински потпомогнуте оплодње, на који сам упућен са партнером чији подаци су наведени у тачки 1. ове изјаве.

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

Датум: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Напомена:

Образац се издаје само партнерима који су сагласни да им се уколико буде постојала могућност, замрзну ембриони.

Образац се издаје у три примерка, један за Комисију БМПО ВМА, један за партнере и један за цивилну здравствену установу у којој се спроводи поступак БМПО.

\* ЈМБГ се уноси само за партнера који није војни осигураник.