
Prezime (ime jednog roditelja) ime

Mob : _____

Adresa podnosioca

e-mail: _____

OPĆINA STARI GRAD SARAJEVO
Služba za boračko-invalidsku zaštitu
i socijalna pitanja

**PREDMET: ZAHTJEV ZA OSTVARIVANJE PRAVA NA SUFINANSIRANJE TROŠKOVA
MEDICINSKI PODPOMOŽNUTE OPLODNJE ZA OSOBE SA TERITORIJE
OPĆINE STARI GRAD SARAJEVO**

Sarajevo, _____ godine

Podnosilac zahtjeva

Prilažem ovjerene fotokopije slijedeće dokumentacije:

1. Izvod iz matične knjige vjenčanih za bračne partnere;
2. Ovjerena izjava od strane notara o trajanju vanbračne zajednice najmanje 3 (tri) godine prije podnošenja zahtjeva za vanbračne partnere;
3. Uvjerenje o kretanju nadležne PU Satri Grad za oba bračna ili vanbračna partnera;
4. Pozitivno konzilijarno mišljenje nadležne klinike sa UKC Sarajevo (Klinika za ginekologiju i akušerstvo);
5. Mišljenje ordinirajućeg ljekara u ovisnosti šta je uzrok steriliteta (izdato od strane ljekara specijaliste ginekologije ili ljekara specijaliste urologa).

NAPOMENA: Sve fotokopije moraju biti ovjerene.

Datum izdavanja priloženih dokumenata ne stariji od 6 (šest) mjeseci.