

ZAHTJEV za sufinanciranje troškova postupka medicinski pomognute oplodnje																						
Ime i prezime																						
OIB																						
Adresa																						
Broj telefona/mobitela																						
IBAN	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>R</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	H	R																			
H	R																					
Adresa e-pošte																						

Zahtjevu se prilaže sljedeća dokumentacija:

- preslika važeće osobne iskaznice podnositelja zahtjeva;
- preslika važeće osobne iskaznice bračnog ili izvanbračnog druga;
- uvjerenje o prebivalištu ili elektronički zapis o prebivalištvu za podnositelja zahtjeva ili bračnog ili izvanbračnog druga (iz kojeg je vidljivo da podnositelj zahtjeva ili bračni ili izvanbračni drug ima prebivalište na području općine Medulin najmanje godinu dana u kontinuitetu prije dana podnošenja zahtjeva);
- dokaz o uključenju u proces medicinski pomognute oplodnje (liječnička dokumentacija);
- račun/i s dokazom o plaćanju troškova povezanih s postupkom medicinski pomognute oplodnje ili druge dokaze o nastalom i plaćenom trošku povezanom s postupkom medicinski pomognute oplodnje;
- druga dokumentacija prema traženju nadležnog Upravnog odjela

Ja dolje potpisani, Izjavljujem kako su navedeni podaci istiniti.

Suglasan/na sam da Općina Medulin prikuplja, obrađuje, provjerava, čuva i koristi dostavljene podatke u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, u svrhu obrade i odlučivanja po ovom Zahtjevu za ostvarivanje prava iz Odluke o sufinanciranju troškova postupka medicinski pomognute oplodnje („Službene novine Općine Medulin“ broj 04/25).

Ime i prezime:	Potpis:	Mjesto i datum:
_____	_____	_____