



REPUBLIKA HRVATSKA
DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA
GRAD METKOVIĆ
Jedinstveni upravni odjel

ZAHTJEV za sufinanciranje troškova postupka medicinski pomognute oplodnje		
1.	IME I PREZIME	
2.	OIB	
3.	ADRESA	
4.	BROJ BANKOVNOG RAČUNA – IBAN	
5.	TELEFON/MOBITEL	
6.	E-MAIL ADRESA	

Zahtjevu se prilaže sljedeća dokumentacija:

- preslika važeće osobne iskaznice podnositelja zahtjeva;
- preslika važeće osobne iskaznice bračnog ili izvanbračnog druga;
- izjava ovjerena kod javnog bilježnika o postojanju izvanbračne zajednice;
- preslika vjenčanog lista
- 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;
- preslika potvrde/ugovora banke s podatkom o broju bankovnog računa ili preslika kartice bankovnog računa podnositelja zahtjeva;
- ispunjen i potpisan Obrazac 2. – Izjava
- uvjerenje o prebivalištu podnositelja zahtjeva i bračnog ili izvanbračnog druga, te
- druga dokumentacija prema traženju Jedinstvenog upravnog odjela.

Izjavljujem kako su navedeni podaci istiniti.

Suglasan/na sam da Grad Metković, Jedinstveni upravni odjel 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.

 (vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

Metković, _____ godine