



REPUBLIKA HRVATSKA
DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA
GRAD METKOVIĆ
Jedinstveni upravni odjel

I Z J A V A

kojom ja, _____ (ime i prezime),

_____ (adresa),

OIB: _____, pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem

kako su iscrpljene sve mogućnosti za provođenje postupka medicinski pomognute oplodnje na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) te se postupak medicinski pomognute oplodnje, za koji se podnosi zahtjev za sufinanciranje troškova, ne provodi na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO).

Napomena: Izjavu nije potrebno ovjeravati kod javnog bilježnika

(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

U Metkoviću, _____ godine