

## Изјава о избору здравствене установе

Изјављујем да бих желела да поступак БМПО обавим у здравственој установи са списка установа са којима Републички фонд за здравствено осигурање има закључен уговор о пружању услуга лечења неплодности поступцима БМПО, који ми је стављен на увид, и то:

\_\_\_\_\_ (назив изабране здравствене установе)

Сагласна сам да Републички фонда за здравствено осигурање задржава право да одреди другу здравствену установу у којој се може обавити поступак БМПО уколико здравствена установа за коју сам се определила није у могућности да, из објективних разлога, пружи наведену здравствену услугу.

### 1. ОСИГУРАНО ЛИЦЕ-ЖЕНА

Име и презиме \_\_\_\_\_

ЛБО: \_\_\_\_\_

Број личне карте \_\_\_\_\_, издата у \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

### 2. ОСИГУРАНО ЛИЦЕ-МУШКАРАЦ

Име и презиме \_\_\_\_\_

ЛБО: \_\_\_\_\_

Број личне карте \_\_\_\_\_, издата у \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

Место: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

**НАПОМЕНА:** Образац БМПО-1 се издаје у два примерка. Један примерак за осигурано лице-жену, а други за Републички фонд за здравствено осигурање.

Тачку 1. и 2. изјаве потписује осигурано лице-жена која се упућује на поступак БМПО и супружник/ванбрачни партнер.

Изјаву не потписује супружник/ванбрачни партнер-мушкарац који није осигурано лице.

Тачку 1. изјаве потписује осигурано лице – жена која нема партнера и упућује се на поступак БМПО.