



**НАПОМЕНА: САМО ЗА БРАЧНЕ, ОДНОСНО ВАНБРАЧНЕ ПАРТНЕРЕ КОЈИ ИМАЈУ ОБРАЗАЦ БМПО-6**

**ПОТВРДА О ЗАМРЗАВАЊУ/НЕЗАМРЗАВАЊУ/ОДМРЗАВАЊУ  
ЕМБРИОНА**

Дана \_\_\_\_\_ у здравственој установи \_\_\_\_\_

1. **ИЗВРШЕНО ЈЕ** замрзавање ембриона

БРОЈ ЗАМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА: \_\_\_\_\_ (максимум 6)

БРОЈ ИСКОРИШЋЕНИХ СЛАМЧИЦА: \_\_\_\_\_ (1/2/3)

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА ГДЕ СЕ ЕМБРИОНИ ЧУВАЈУ: \_\_\_\_\_

2. **НИЈЕ ИЗВРШЕНО** замрзавање ембриона

3. **ИЗВРШЕНО ЈЕ** одмрзавање ембриона

БРОЈ ОДМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА: \_\_\_\_\_

БРОЈ ПРЕОСТАЛИХ ЗАМРЗНУТИХ ЕМБРИОНА: \_\_\_\_\_

**БРОЈ ПРЕОСТАЛИХ СЛАМЧИЦА ЗА ЗАМРЗАВАЊЕ:** \_\_\_\_\_ (0/1/2)

Подаци о осигураном лицу-жени:

име и презиме: \_\_\_\_\_

место и адреса: \_\_\_\_\_

ЛБО: \_\_\_\_\_

Л.К. бр \_\_\_\_\_ издата у \_\_\_\_\_

Подаци о брачном, односно ванбрачном партнеру:

име и презиме: \_\_\_\_\_

место и адреса: \_\_\_\_\_

ЈМБГ: \_\_\_\_\_

Л.К. бр \_\_\_\_\_ издата у \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис осигураног лица жене)

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис брачног, односно ванбрачног партнера)

Место \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_

(одговорно лице)

Датум \_\_\_\_\_

НАПОМЕНА: Оверен Образац се издаје у два примерка. Један се издаје осигураном лицу, а други задржава здравствена установа.