

Изјава осигураног лица жене/мушкарца ОНКОФЕТИЛИТЕТ

1. ИЗЈАВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА-ЖЕНЕ

Ја _____, из _____
(име и презиме) (место и адреса)
ЛБО: _____, са Л.К. број _____ издатом у _____

и з ј а в љ у ј е м да :

1. немам дете и немам замрзнуте репродуктивне ћелије,
2. немам дете и замрзнуте ембрионе у постојећој заједници

(својеручни потпис)

2. ИЗЈАВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА-МУШКАРЦА

Ја _____, из _____
(име и презиме) (место и адреса)
ЛБО: _____, са Л.К. број _____ издатом у _____

и з ј а в љ у ј е м да :

1. немам дете и немам замрзнуте репродуктивне ћелије,
2. немам дете и замрзнуте ембрионе у постојећој заједници

(својеручни потпис)

Место: _____

Датум: _____

НАПОМЕНА: Образац БМПО-11 се издаје у два примерка. Један примерак за осигурано лице, а други за здравствену установу.
Изјаву попуњава осигурано лице (жена/мушкарац) које се упућује на поступак замрзавања.