
ime i prezime podnosioca zahtjeva

adresa

JMBG

broj telefona/fax-a/mob.

elektronska pošta (mail)

kontakt osoba

Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine

naziv organa koji vodi postupak

Sarajevo Trg heroja br.14

sjedište organa

PREDMET: *Zahtjev za finansiranje/sufinansiranje troškova lijekova za stimulaciju ovulacije*

Dokumentacija/dokazi koji se prilažu uz zahtjev su:

1. *Medicinska dokumentacija na osnovu koje je ordinirano korištenje lijeka/lijekova za stimulaciju ovulacije odnosno kojom se potvrđuje neophodnost primjene lijeka/lijekova za stimulaciju ovulacije;*
2. *Potvrda da je pacijent primio ili preuzeo lijek/lijekove za stimulaciju ovulacije;*
3. *Original fiskalni račun apoteke u kojoj je izvršena nabavka/kupovina lijeka/lijekova za stimulaciju ovulacije i*
4. *Broj transakcijskog računa otvoren kod banke.*

NAPOMENA:

Dokazi pod tač. 1. i 4. prilažu se u originalu ili kopiji ovjerenoj od strane općinskog organa.

Saglasnost Komisije za BMPO Federalnog zavoda te time i svojstvo osiguranog lica u Federaciji BiH i činjenicu ispunjavanja uslova iz stava (1) člana 2. Pravilnika o obimu prava na biomedicinski potpomognutu oplodnju utvrdit će se u evidenciji izdatih navedenih saglasnosti koja se vodi kod Zavoda zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine.

mjesto i datum

potpis podnosioca zahtjeva

LK. br. _____