|  |
| --- |
|  |
| (Ime i prezime podnositelja zahtjeva) |
|  |
| (Adresa stanovanja) |
|  |
| (Telefon / mobitel) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OIB podnositelja**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IZJAVA**

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem kako se postupak medicinski pomognute oplodnje, za koji tražim troškove sufinanciranja, ne provodi na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Potpis

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_