

**НАПОМЕНА: САМО ЗА СУПРУЖНИКЕ, ОДНОСНО ВАНБРАЧНЕ ПАРТНЕРЕ КОЈИ СУ САГЛАСНИ СА ЗАМРЗАВАЊЕМ ЕМБРИОНА**

## **Изјава супружника, односно ванбрачних партнера у вези са замрзавањем ембриона**

### **1. ИЗЈАВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА-ЖЕНЕ**

Ја \_\_\_\_\_, из \_\_\_\_\_, ЛБО \_\_\_\_\_,  
(име и презиме) (место и адреса)

са Л.К. бр \_\_\_\_\_ издата у \_\_\_\_\_ **изјављујем** да сам сагласна да, уколико буду створене могућности, замрзнем ембрион/е из процеса лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње на који се упућујем са супружником, односно ванбрачним партнером чији су подаци наведени у тачки 2. (ове изјаве)

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

### **2. ИЗЈАВА СУПРУЖНИКА, ОДНОСНО ВАНБРАЧНОГ ПАРТНЕРА**

Ја \_\_\_\_\_, из \_\_\_\_\_, ЛБО \_\_\_\_\_,  
(име и презиме) (место и адреса)

ЈМБГ \_\_\_\_\_, са Л.К. бр \_\_\_\_\_ издата у \_\_\_\_\_

**изјављујем** да сам сагласан да се, уколико буду створене могућности, замрзне/у ембрион/и из процеса лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње на коју се упућујем са супругом, односно ванбрачним партнером чији су подаци наведени у тачки 1. (ове изјаве).

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

Место \_\_\_\_\_

Датум \_\_\_\_\_

НАПОМЕНА:Образац се издаје у три примерка, један за матичну филијалу, један за брачне, односно ванбрачне партнере и један за здравствену установу у којој се спроводи поступак БМПО.

Важи само уз Образац ОЛК-12.

ЈМБГ се уноси само за супружника, односно ванбрачног партнера-мушкарца који није осигурано лице.