

## IZJAVA

Ja, \_\_\_\_\_ (ime i prezime),

\_\_\_\_\_ (adresa),

OIB: \_\_\_\_\_, pod materijalnom i kaznenom odgovornošću

izjavljujem kako su iscrpljene sve mogućnosti za provođenje postupka medicinski pomognute

oplodnje na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te se postupak medicinski

pomognute oplodnje, za koji podnosim zahtjev za sufinanciranje troškova, ne provodi na teret

Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Postupak medicinski pomognute oplodnje nije

sufinanciran iz drugih izvora.\*

\*Ukoliko je sufinanciran iz drugih izvora, navesti sljedeće podatke:

Izvor financiranja: \_\_\_\_\_

Iznos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
Potpis