|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **REPUBLIKA HRVATSKA** |
| **PRIMORSKO-GORANSKA ŽUPANIJA** |
|  **OPĆINA MATULJI** |
|  **Jedinstveni upravni odjel** |
| **ZAHTJEV****ZA SUFINANCIRANJE TROŠKOVA MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE** |

|  |
| --- |
| ***PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA*** |
| Ime i prezime podnositelja zahtjeva |  |
| OIB  |  |
| Adresa prebivališta  |  |
| Kontakt  | telefon |  |
| e-mail |  |
| IBAN (broj računa) |  |
| Naziv banke |  |

PRILOZI ZAHTJEVU:

- preslika vjenčanog lista (bračna zajednica) - ukoliko je primjenjivo,

- izjava ovjerena kod javnog bilježnika o postojanju izvanbračne zajednice - ukoliko je primjenjivo,

- preslika potvrde banke s podatkom o broju bankovnog računa ili preslika kartice bankovnog računa podnositelja zahtjeva,

- potvrdu liječnika da su iscrpljene sve mogućnosti umjetno pomognute oplodnje na teret HZZO-a te da se postupak medicinski pomognute oplodnje za koji se podnosi zahtjev ne provodi na teret HZZO-a,

- račun/i s dokazom o plaćanju troškova povezanih s postupkom medicinski pomognute oplodnje ili druge dokaze o nastalom i plaćenom trošku povezanom s postupkom medicinski pomognute oplodnje;

U Matuljima, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025.

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

 (potpis podnositelja zahtjeva)

|  |
| --- |
| **IZJAVA** |
| Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću potvrđujem istinitost podataka iskazanih u ovom zahtjevu.Suglasan/na sam da Općina Matulji prikuplja, obrađuje, provjerava, čuva i koristi dostavljene podatke u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima, u svrhu obrade i odlučivanja po ovom Zahtjevu za ostvarivanje prava iz Odluke o sufinanciranju troškova medicinski pomognute oplodnje („Službene novine Općine Matulji“ broj 5/25). |
| **Rok za podnošenje zahtjeva je do iskorištenja raspoloživih sredstava, odnosno najkasnije do 30. studenog 2025. godine.** |