



**Потврда о испуњености услова за замрзавање
сперматозоида/ембриона за осигурано лице-мушкарца
ОНКОФЕРТИЛИТЕТ**

На основу одлуке Комисије за лечење неплодности поступцима биомедицински
потпомогнутог оплођења, здравствена установа _____
(назив и седиште здравствене установе)

Датум заседања Комисије: _____

Број: _____

издаје

**ПОТВРДУ О ИСПУЊЕЊУ УСЛОВА
за замрзавање сперматозоида/ембриона**

Осигурано лице (мушкарац) _____

из _____

адреса _____

ЛБО: _____

Потврда се издаје као доказ да је осигурано лице-мушкарац у потпуности спремно за упућивање на поступак замрзавања сперматозоида/ембриона и у друге сврхе се не може употребити.

М.П.

(одговорно лице)