

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe
Broj obveze .....	
Ime i prezime .....	
Godina rođenja i MB osigurane osobe .....	
Grad/naselje	Ulica i broj

## IZJAVA

Kojom ja \_\_\_\_\_ izjavljujem i svojim potpisom  
Ime, prezime, adresa prebivališta, odnosno boravka osigurane osobe

potvrđujem da sam u postupku medicinski potpomognute oplodnje (IVF/ICSI) do sada ukupno\* \_\_\_\_\_  
puta koristila lijek Gonal F i/ili Menopur na teret sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

U \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ 200\_\_g.

\_\_\_\_\_  
Potpis podnositeljice izjave

\*u ukupan broj korištenja lijeka ulaze i postupci u kojima je osigurana osoba za kupljeni lijek ostvarila pravo na povrat troškova od  
Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

## PODACI O IZABRANOM DOKTORU

\_\_\_\_\_  
Naziv zdravstvene ustanove / privatne prakse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Šifra zdravstvene ustanove / privatne prakse

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime izabranog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--

  
Šifra izabranog doktora

U \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ 200\_\_g. M.P.

\_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil izabranog doktora