

**PRISTANAK ZA PRIJENOS BIOLOŠKIH UZORAKA IZ JEDNE ZDRAVSTVENE
USTANOVE U DRUGU ZDRAVSTVENU USTANOVU**

Izjavljujem/o da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obavijesti o rizicima prijenosa dajem/o pristanak da se biološki uzorci prenesu iz jedne ovlaštene zdravstvene ustanove u drugu ovlaštenu zdravstvenu ustanovu (u daljnjem tekstu: zdravstvena ustanova) radi korištenja u postupku medicinske pomognute oplodnje:

Ime i prezime (Ž) _____

OIB _____

(vlastoručni potpis)

Mjesto i datum _____

Ime i prezime (M) _____

OIB _____

(vlastoručni potpis)

Mjesto i datum _____

*U slučaju prijenosa zametaka potrebni su potpisi oba korisnika prava na medicinski pomognutu oplodnju.

Suglasnost zdravstvene ustanove iz koje se prenose biološki uzorci:

(naziv ustanove, potpis odgovorne osobe, pečat ustanove)

Suglasnost zdravstvene ustanove u koju se prenose biološki uzorci:

(naziv ustanove, potpis odgovorne osobe, pečat ustanove)