

**Nacionalnom povjerenstvu za medicinski pomognutu oplodnju**

**Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske**

Ksaver 200a

10 000 Zagreb

**Predmet: Zahtjev za premještanje spolnih stanica iz jedne Ustanove u drugu Ustanovu**

Ja, dolje potpisani: \_\_\_\_\_ (ime i prezime)

\_\_\_\_\_ (OIB)

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

\_\_\_\_\_ (e-mail adresa)

Molim odobrenje za premještanje spolnih stanica (**tkivo sjemenika**)

iz **Banke reproduktivnog tkiva, Kliničkog bolničkog centra Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb**

u

\_\_\_\_\_ (**Ustanova**  
**u kojoj će se vršiti ICSI postupak**) radi mogućnosti planiranja postupka medicinske oplodnje.

Vlastoručni potpis (**ime i prezime pacijenta**): \_\_\_\_\_

U Zagrebu, \_\_\_\_\_ .