

**Позив осигураном лицу-жени у вези упућивања на поступак БМПО**_____
име и презиме_____
место_____
адреса

Обавештавамо Вас да Вам је Здравствена установа _____
из _____, адреса _____,
контакт телефон _____, заказала пријем на први консултативни
преглед у вези поступка БМПО који ће се обавити дана _____ године.

Са овим позивом јавите се свом изабраном лекару-специјалисти гинекологије који ће Вам издати упут за стационарно лечење у здравственој установи у којој ће се обавити поступак БМПО.

Са уредно добијеним упутом потребно је да се јавите лекарској комисији филијале према седишту изабраног лекара, на адреси _____,
ради добијања оцене лекарске комисије на обрасцу ОЛК12 који Вам је потребан за први консултативни преглед.

За лекарску комисију са собом понесите:

1. Здравствену исправу,
2. Личну карту,
3. Упут за стационарно лечење,
4. Потврду Комисије за БМПО, односно Потврду лекарске комисије за криоембриотрансфер,
5. Овај позив.

М.П. _____
(одговорно лице филијале)

Место: _____

Датум: _____