

PRILOG 1.

**REGISTAR OVLAŠTENIH ZDRAVSTVENIH USTANOVA ZA OBAVLJANJE POSTUPAKA
BIOMEDICINSKI POTPOMOŽNUTE OPLODNJE
NA TERITORIJI FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE**

Naziv zdravstvene ustanove

Adresa:

Općina:

Telefon:

Faks:

e-mail:

Ime i prezime direktora zdravstvene ustanove

Rješenje o registraciji zdravstvene ustanove kod nadležnog suda

Broj:

Datum:

Rješenje o ispunjavanju uvjeta kadra, prostora i opreme zdravstvene ustanove izdato od ovlaštenog ministarstva zdravstva u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i propisima donesenim na osnovu tog Zakona

- Nadležno ministarstvo:
- Broj:
- Datum.....

Rješenje Federalnog ministarstva zdravstva o dozvoli za obavljanje postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje:

- Vrsta postupka BMPO:
- Broj:
- Datum:
- Rok važenja:

Radno vrijeme:

Odgovorna osoba:

Stručno zvanje	Ime i prezime	Broj licence	Rok važenja licence

Tim biomedicinskih stručnjaka

	Ime i prezime	Broj licence	Rok važenja licence
Doktor medicine specijalista ginekologije i porodiljstva			
Doktor medicine specijalista urologije			
Magistar biologije			
Medicinska sestra-tehničar			
Laboratorijski tehničar			
Histolog-embriolog (po potrebi)			

**Za članove tima biomedicinskih stručnjaka navesti i akademsko zvanje za one stručnjake koji to zvanje imaju*