

## Образац

Здравствена установа, односно банка ћелија и ткива	Организациона јединица	Место

### ЗАХТЕВ ЗА ИЗЈАШЊЕЊЕ О ПОСТУПАЊУ СА НЕУПОТРЕБЉЕНИМ РЕПРОДУКТИВНИМ ЋЕЛИЈАМА, ОДНОСНО НЕУПОТРЕБЉЕНИМ РАНИМ ЕМБРИОНИМА

Позивамо Вас, \_\_\_\_\_, да се у року од \_\_\_\_\_  
(име и презиме лица од кога потичу репродуктивне ћелије)

од дана достављања овог захтева, писмено изјасните о даљем поступању са Вашим неупотребљеним репродуктивним ћелијама, односно неупотребљеним раним ембрионима чији је рок чувања истекао према Закону о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења ("Службени гласник РС", број 72/09), као и да ли желите да их донирате за поступак БМПО за друга лица, у научноистраживачке сврхе или да се ћелије униште, односно да се неупотребљени рани ембриони пусте да умру.

Ако се у року од шест месеци од дана достављања овог захтева не изјасните о даљем поступању са неупотребљеним репродуктивним ћелијама, односно неупотребљеним раним ембрионима, репродуктивне ћелије ће се уништити, а неупотребљени рани ембриони пустити да умру.

Датум

□□

дан

□□

месец

□□□□

година

М.П.

\_\_\_\_\_  
Потпис овлашћеног лица