

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe
Ime i prezime	
Broj obveze	

 Naziv zdravstvene ustanove - ordinacije privatne prakse

Obavijest o trajanju bolovanja

Nalazi se na bolovanju od _____ do _____ i dalje

zbog

 Šifra uzroka bolovanja

 Šifra MKB

Ova obavijest izdaje se na zahtjev imenovan-e/og (dan, mjesec i god. rođenja: _____) radi obračuna naknade plaće u skladu s Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i u druge svrhe ne može se upotrijebiti.

 Datum

M.P.

 Potpis i faksimil doktora medicine

HZZO Direkcija, Zagreb
 Obavijest VI.0, 25/10/06



HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

PODRUČNI URED _____

BROJ POTVRDE _____ / 2 | 0 | 0 |

POTVRDA

o oslobađanju od plaćanja administrativne pristojbe

Osigurana osoba _____

broj osigurane osobe _____ oslobođena je

plaćanja administrativne pristojbe u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Potvrda vrijedi od _____ 200__g. do opoziva. M.P.

U _____, _____ 200__g. (Odgovorna osoba)

Obavijest:

1. Ovu potvrdu osigurana osoba Zavoda - korisnik potvrde može koristiti samo uz iskaznicu zdravstveno osigurane osobe i osobnu iskaznicu.
2. Ova potvrda vrijedi za vrijeme dok postoje činjenice na osnovu kojih je izdana.
3. Zloupotreba ove potvrde se kažnjava.