

Broj računa dopunskog osiguranja: _____

Stranica _____ od _____

Broj računa osnovnog osiguranja: _____

(Zdravstvena ustanova / Privatna ordinacija) _____
(Sifra)

HZZO, PU _____
(Naziv PU)

(Adresa zdravstvene ustanove / Privatne ordinacije)

(Adresa PU)

(Žiro račun)

(Matični broj ustanove) _____
(OIB)

03580261 **02958272670**
(Matični broj HZZO) (OIB HZZO-a)

Poziv na broj:

Datum obračuna: _____
(dan) (mjesec) (godina)

(Ime i prezime osigurane osobe)

Djelatnost u ZZ: _____

(Grad / naselje)

(Ulica i broj)

Sudjelovanje: * _____
Da Ne (Sifra oslob. od sudjel)

(JMBG osigurane osobe) _____
(Kategorija osiguranja) _____
(PU osigurane osobe)

Dat. od: _____ Dat. do: _____
(dan) (mjesec) (godina) (dan) (mjesec) (godina)

(Broj osigurane osobe) _____
(Matični broj osigurane osobe) _____
(Sifra zdr. djel. koji je liječio bolesnika) _____
(Sifra voditelja povjerenstva koje je odobrilo pomagalo)

(Broj iskaznice dop. osig. HZZO-a) _____
(Broj bolesničkog lista INO, broj putovnice, europske karte ZO) _____
(Država osiguranja) _____
(Broj potvrde za stomatološko pomagalo)

 / _____
(Z. o zdr. osig. *) (Zakon o HBDR *) (Broj evidencije prijave ozljede/bolesti) (Sifra dijagnoze)

(Evidencijski broj i godina priznate ORPB)

Datum pružanja usluge	Sifra i naziv: - postupka - materijala ili lijeka	Broj / količina - postupka - materijala ili lijeka	Sifra dopunskog sudjel.	Broj bodova	Jedinična cijena (kn)	Ukupno (kn)

Datum izdavanja računa: _____
(dan) (mjesec) (godina)

Datum dospjeća: _____
(dan) (mjesec) (godina)

Ime, prezime i potpis osigurane osobe, staratelja, skrbnika

UKUPNI IZNOS: _____

Ime, prezime i potpis osobe koja je izvršila obračun

IZNOS ZA NAPLATU SUDJEL. OD DOPUNSKOG ZDRAV. OSIG. HZZO-a: _____

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

M.P.