

Broj računa obveznog osiguranja:

Stranica _____ od _____

(Zdravstvena ustanova / Privatna ordinacija)

(Sifra)

HZZO, PU _____
(Naziv PU)

(Adresa zdravstvene ustanove / Privatne ordinacije)

(Adresa PU)

(Ziro račun)

(Matični broj ustanove)

03580261

(Matični broj HZZO)

Poziv na broj:

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

Djelatnost u ZZ: _____

(Ime i prezime osigurane osobe)

(Grad / naselje)

(Ulica i broj)

(Sifra naselja)

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

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

(JMBG osigurane osobe)

(Kategorija osiguranja)

(PU osigurane osobe)

(Sifra zdr. djel. koji je liječio bolesnika)

(Broj osigurane osobe)

(Matični broj osigurane osobe)

(Sifra doktora PZZ koji je propisao njegu)

(Sifra ovlaštenog doktora koji kontrolira provođenje zdrav. njege)

(Broj bolesničkog lista INO, broj putovnice, europske karte ZO)

(Država osiguranja)

(Broj naloga za provođenje zdravstvene njege u kući)

(Z. o zdr. osig. *)

(Zakon o HBDR *)

(Sifra dijagnoze)

(Koefficient za posebni standard)

Red. broj	Datum pružanja usluge	Sifra i naziv: DTP-a	Broj / količina DTP-a	Jedinična cijena (kn)	Ukupno (kn)

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

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

Ime, prezime i potpis osigurane osobe, staratelja, skrbnika

Ime, prezime i potpis osobe koja je izvršila obračun

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

UKUPNO ZA USLUGU

IZNOS POSEBNOG STANDARDA

**IZNOS ZA NAPLATU
OD OBVEZNOG OSIG. HZZO-a:**

M.P.