Broj računa osnovnog osiguranja: _____

_____ (Zdravstvena ustanova / Privatna ordinacija)

(Šifra)

HZZO, PU _____ (Naziv PU)

_____ (Adresa zdravstvene ustanove / Privatne ordinacije)

_____ (Adresa PU)

_____ (Žiro račun)

_____ (Matični broj ustanove)

_____ (OIB)

03580261 (Matični broj HZZO)

02958272670 (OIB HZZO-a)

Poziv na broj: _____

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

_____ (Ime i prezime osigurane osobe)

Djelatnost u ZZ: _____

_____ (Grad / naselje)

_____ (Ulica i broj)

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

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

_____ (JMBG osigurane osobe)

_____ (Kategorija osiguranja)

_____ (PU osigurane osobe)

_____ (Šifra zdr. djel. koji je liječio bolesnika /tima HMP/ tima za sanit. prijevoz)

_____ (Broj osigurane osobe)

_____ (Matični broj osigurane osobe)

_____ (Šifra doktora PZZ koji je predložio prijevoz)

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

_____ (Država osiguranja)

1 2 3 4 (Z. o zdr. osig. *)

5 (Zakon o HBDR *)

_____ / _____ (Broj evidencije prijave ozljede/bolesti)

_____ . _____ (Šifra dijagnoze)

_____ (Evidencijski broj i godina priznate ORPB)

Datum pružanja usluge	Šifra i naziv: - postupka / PPTP - materijala ili lijeka	Broj / količina - postupka / PPTP - materijala ili lijeka	Šifra 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

PLAĆENO U GLAVARINI: _____

_____
Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

IZNOS ZA NAPLATU OD OSNOVNOG OSIG. HZZO-a: _____

M.P.

Porez na dodanu vrijednost nije zaračunat u skladu s člankom 11. stavka 1, točka 4 Zakona o porezu na dodanu vrijednost.

* - u odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -