

Broj računa osnovnog osiguranja:

Stranica _____ od _____

(Zdravstvena ustanova / Privatna ordinacija)

(Šifra)

HZZO, PU _____
(Naziv PU)

(Adresa zdravstvene ustanove / Privatne ordinacije)

(Adresa PU)

(Ziro 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 (Šifra oslob. od sudjel)

(JMBG osigurane osobe)

(Kategorija osiguranja)

(PU osigurane osobe)

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

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

(Broj osigurane osobe)

(Matični broj osigurane osobe)

(Šifra zdr. djel. koji je liječio bolesnika)

(Šifra voditelja povjerenstva koje je odobrilo pomagalo)

(Broj iskaznice dop. osig. HZZO-a)

(Broj bolesničkog lista INO, br. putovnice, europske karte ZO)

(Država osiguranja)

Broj potvrde za stomatološko pomagalo

(Cl. Z. o zdr. osig. *)

(Zakon o HBDR *)

(Broj evidencije prijave ozljede/bolesti)

(Šifra dijagnoze)

(Evidencijski broj i godina priznate ORPB)

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

IZNOS NAPLAĆENOG
SUDJELOV. U TROŠ. Z.Z.
OD OSIG. OSOBE: _____

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

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

M.P.

PLAĆENO U GLAVARINI _____

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

IZNOS ZA SUSTEGU OD GLAVARINE: _____

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