(Šifra)

HZZO, PU _____
(Naziv PU)

_____
(Zdravstvena ustanova)

_____
(Adresa PU)

_____
(Adresa zdravstvene ustanove)

0 3 5 8 0 2 6 1
(Matični broj HZZO)

_____
(Žiro račun)

0 2 9 5 8 2 7 2 6 7 0
(OIB HZZO-a)

_____ _____
(Matični broj ustanove) (OIB)

Poziv na broj: [ ] [ ]

RAČUN br. _____ R-1

PRIMATELJ KRVI I KRVNIH KOMPONENTI :

Šifra ustanove

Naziv ustanove _____

Datum izdavanja robe od _____ do _____

Izdatnice/Primke br. _____

_____

_____

Narudžbenica br. _____

Aktivnost **A6900858**

Šifra djelatnosti **4060000**

Šifra ATK	Nezaštićeno ime (generičko ime)	Jed. mj.	Količina	Cijena za jed. mjere	Iznos
1	2	3	4	5	6

Oslobođeno plaćanja PDV-a temeljem članka 10.a Zakona o porezu na dodanu vrijednost

Dospjeće plaćanja: 30 dana od datuma zaprimanja

Datum izdavanja računa: _____

UKUPNO [ ]

_____
(Potpis odgovorne osobe)

M.P.