

Područni ured	Broj osigurane osobe
Broj obveze
Ime i prezime
Godina rođenja i MB osigurane osobe
Grad/naselje	Ulica i broj

Naziv zdravstvene ustanove - ordinacije privatne prakse

**OBAVIJEST
o trajanju bolovanja**

Nalazi se na bolovanju od

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 do

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 i dalje

zbog

--	--	--	--

 Šifra uzroka bolovanja

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Šifra MKB

Ova obavijest izdaje se na zahtjev imenovan-e / og (dan, mjesec i god. rođenja:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

) radi obračuna naknade plaće u skladu s Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i u druge svrhe ne može se upotrijebiti.

U _____, _____ 20 ____ g.

M.P.

Potpis I faksimil doktora medicine