

III. OVJERA (ispunjava ovlaštteni radnik Zavoda)

Redni broj	Šifra dijela pomagala / postupka	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ukupno:				

Broj potvrde

_____/____

Šifra sudjelovanja

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,

2. Iznos sudjelovanja kn,

3. Iznos na teret osnovnog zdravstvenog osiguranja kn.

Osiguranoj osobi u s k r a ć u j e se pravo na pomagalo:

..... a)* prema ocjeni nadležnog liječničkog povjerenstva,

..... b)* pomagalu nije istekao rok uporabe,

..... c)* osigurana osoba ne ispunjava uvjet prethodnog osnovnog zdravstvenog osiguranja u Zavodu,

..... d)* osigurana osoba ne ispunjava uvjete propisane čl. Pravilnika

M.P.

U / 20 g.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Broj potvrde / računa

_____/_____

Ugovorni isporučitelj:

(šifra)

Matični broj isporučitelja:

Naziv:

Adresa (mjesto, ulica i broj)

Broj žiro-računa:

Poziv na broj:

Proizvođač:

(šifra)

Redni broj	Šifra dijela pomagala / postupka	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ukupno:				

Datum narudžbe /20 g.

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,

2. Iznos sudjelovanja kn,

3. Iznos na teret osnovnog zdravstvenog osiguranja kn.

4. Iznos obračunatog PDV-a u točki 3. kn.

Mjesto i datum izdavanja pomagala / 20 g.

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE:

Potvrđujem primitak pomagala

- SA* jamstvenim listom

- BEZ* jamstvenog lista

U / 20 g.

Potpis osigurane osobe / druge osobe (MB druge osobe)

* - zaokružiti odgovarajuće