

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

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

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

## P O T V R D A

### O IZVRŠENOM PREVENTIVNOM PREGLEDU OSIGURANIH OSOBA STARIJIH OD 50 GODINA

Kojom potvrđujem da sam \_\_\_\_\_ 200\_\_\_. godine  
izvršio-la preventivni pregled u skladu s odredbama članka 24. Pravila  
i općih uvjeta ugovaranja primarne, sekundarne i tercijarne razine  
zdravstvene djelatnosti i razine zdravstvenih zavoda za 2006. g.

M.P.

.....  
(Potpis osigurane osobe)

.....  
(Potpis i faksimil izabranog doktora opće/obiteljske medicine)

#### NAPOMENA:

Ova potvrda izdaje se u dva primjerka, od kojeg jedan primjerak zadržava izabrani doktor opće/obiteljske medicine, a jedan primjerak obavezan je dostaviti Zavodu.