

III. OVJERA (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.					
2.					
Broj potvrde		Šifra doplate	Ukupno:		

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,
 2. Iznos doplate kn,
 3. Iznos na teret obveznog 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 obveznog 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)

Matični broj HZZO: 0 3 5 8 0 2 6 1

Ugovorni isporučitelj: (šifra)

Broj potvrde

Naziv:

R1

Adresa (mjesto, ulica i broj)

Broj računa isporučitelja:

Broj žiro-računa:

Matični broj isporučitelja:

Poziv na broj:

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Šifra proizvođača	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.						
2.						
				Ukupno:		

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,
 2. Iznos za pomagala kn,
 3. Iznos za postupke (u ljekarni) kn,
 4. Iznos doplate kn,
 5. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn,
 6. Iznos obračunatog PDV-a u točki 5. kn.

Datum narudžbe /20 g.

Mjesto i datum izdavanja računa 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

** - za pomagalo koje podliježe PDV-u prema Pravilniku