

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe
Ime i prezime	
Broj obveze	

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.

Datum

M.P.

Potpis i faksimil doktora medicine