



HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

PODRUČNI URED _____

BROJ POTVRDE _____ / 2 | 0 | 0 |

POTVRDA

o oslobađanju od plaćanja administrativne pristojbe

Osigurana osoba _____

broj osigurane osobe _____ oslobođena je

plaćanja administrativne pristojbe u skladu sa Zakonom o
obveznom zdravstvenom osiguranju.

Potvrda vrijedi od _____ 200__g. do opoziva. M.P.

U _____, _____ 200__g. (Odgovorna osoba)

Obavijest:

1. Ovu potvrdu osigurana osoba Zavoda - korisnik potvrde može koristiti samo uz iskaznicu zdravstveno osigurane osobe i osobnu iskaznicu.
2. Ova potvrda vrijedi za vrijeme dok postoje činjenice na osnovu kojih je izdana.
3. Zloupotreba ove potvrde se kažnjava.