

	HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
	PODRUČNI URED _____
	BROJ _____
	ŠIFRA OSLOBAĐANJA _____
Osigurana osoba _____	
broj osig. osobe _____ oslobođena je	
plaćanja doplate u skladu sa Zakonom o obveznom	
zdravstvenom osiguranju.	
Oslobađanje vrijedi do _____ 200 ____ god. M.P.	
U _____ 200 ____ .	(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.