

	<b>HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE</b>
	PODRUČNI URED _____
	BROJ _____
	ŠIFRA OSLOBAĐANJA _____
Osigurana osoba _____	
broj osig. osobe _____ ostvaruje preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu, te medicinsku rehabilitaciju iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti na teret sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.	
	M.P.
Pravo vrijedi do _____ 200__ god.	
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.