HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured

Broj osigurane osobe

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje

Ulica i broj

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.

U _____, _____ 20 ____ g.

M.P.

Potpis I faksimil doktora medicine

HZZO - Direkcija, Zagreb
ObavTrBol V1.0, 28/04/09