

# Broj računa prethodnog pregleda: .....

Stranica \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Zdravstvena ustanova / Privatna SMR ordinacija)      \_\_\_\_\_  
(Šifra)

\_\_\_\_\_  
Adresa zdravstvene ustanove / Privatne SMR ordinacije)      \_\_\_\_\_  
( Šifra doktora SMR-a)

\_\_\_\_\_  
( Žiro račun )

Poziv na broj:

.....  
( OIB ustanove )      \_\_\_\_\_  
( Matični broj ustanove )

.....  
( Ime i prezime osigurane osobe )

\_\_\_\_\_  
( Grad / naselje )      \_\_\_\_\_  
( Ulica i broj )

\_\_\_\_\_  
( OIB osigurane osobe )      \_\_\_\_\_  
( Matični broj osigurane osobe )

\_\_\_\_\_  
( Kategorija osiguranja )      \_\_\_\_\_  
( PU osigurane osobe )

Poslodavac: .....  
( Naziv poslodavca )

.....  
( Adresa poslodavca )

.....  
( OIB poslodavca )

.....  
( Matični broj poslodavca )

Datum obračuna: \_\_\_\_\_  
( dan ) ( mjesec ) ( godina )

Djelatnost u ZZ: \_\_\_\_\_

Datum pružanja usluge od: \_\_\_\_\_  
( dan ) ( mjesec ) ( godina )

Datum pružanja usluge do: \_\_\_\_\_  
( dan ) ( mjesec ) ( godina )

Datum pružanja usluge	Šifra i naziv postupka	Broj / količina postupaka:	Broj bodova	Jedinična cijena (kn)	Ukupno (kn)

Datum izdavanja računa: \_\_\_\_\_  
( dan ) ( mjesec ) ( godina )

Datum dospjeća: \_\_\_\_\_  
( dan ) ( mjesec ) ( godina )

\_\_\_\_\_  
Ime, prezime i potpis osigurane osobe, staratelja, skrbnika

\_\_\_\_\_  
Ime, prezime i potpis osobe koja je izvršila obračun

\_\_\_\_\_  
Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

M.P.

**UKUPNI IZNOS:**

