Regionalni ured Područna služba

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe

Grad/naselje Ulica i broj

.....

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Naziv zdravstvene ustanove
- ordinacije privatne prakse

_____

OBAVIJEST o trajanju privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad

Predviđeno trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad

od _____ do _____

Ova obavijest izdaje se na zahtjev imenovan-e / og (dan, mjesec i god. rođenja: _____)

u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju.

U _____, _____ 20 _____ g.

M.P.

_____

Potpis I faksimil doktora medicine

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION ISO 9001 DNV

HZZO - Direkcija, Zagreb
ObavTrBol V4, 14/04/2014