Broj računa osnovnog osiguranja: _____ Stranica _____ od _____

(Zdravstvena ustanova / Privatna ordinacija) (Šifra) HZZO, PS (Naziv PS)

(Adresa zdravstvene ustanove / Privatne ordinacije) (Adresa PS)

(Žiro račun) (Matični broj ustanove) (OIB) **03580261** (Matični broj HZZO) **02958272670** (OIB HZZO-a)

Poziv na broj: Datum obračuna: (dan) (mjesec) (godina)

(Ime i prezime osigurane osobe) Djelatnost u ZZ:

(Grad / naselje) (Ulica i broj) Dat. od: (dan) (mjesec) (godina) Dat. do: (dan) (mjesec) (godina)

(OIB osigurane osobe) (Kategorija osiguranja) (PU osigurane osobe) (Šifra zdr. djel. koji je liječio bolesnika /tima HMP/ tima za sanit. prijevoz)

(Matični broj osigurane osobe)

(Šifra doktora PZZ koji je predložio prijevoz)

(Broj bolesničkog lista INO, broj putovnice, europske karte ZO) (Država osiguranja)

1 2 3 4 (Z. o zdr. osig. *) 5 (Zakon o HBDR *) / (Broj evidencije prijave ozljede/bolesti) . (Šifra dijagnoze)

(Evidencijski broj i godina priznate ORPB) Registarska oznaka vozila Broj prevezenih osoba

Datum pružanja usluge	Šifra i naziv: - postupka / DTP - materijala ili lijeka	Broj / količina - postupka / DTP - materijala ili lijeka	Šifra dopunskog sudjel.	Broj bodova	Jedinična cijena (___)	Ukupno (___)

Datum izdavanja računa: (dan) (mjesec) (godina) Datum dospjeća: (dan) (mjesec) (godina)

Ime, prezime i potpis osigurane osobe, staratelja, skrbnika

UKUPNI IZNOS: _____

Ime, prezime i potpis osobe koja je izvršila obračun

PLAĆENO U GLAVARINI: _____

Ime i prezime odgovorne osobe

IZNOS ZA NAPLATU OD OSNOVNOG OSIG. HZZO-a: _____

VALUTA RAČUNA: _____

Porez na dodanu vrijednost nije zaračunat u skladu s člankom 39., stavak 1 Zakona o porezu na dodanu vrijednost.

* - u odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -