

Broj računa dopunskog osiguranja: _____

Stranica _____ od _____

Broj računa osnovnog osiguranja: _____

(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)

Sudjelovanje: * _____
Da Ne (Šifra oslob. od sudjel)

(JMBG osigurane osobe)

(Kategorija osiguranja)

(PU osigurane osobe)

Dat. od: _____
(dan) (mjesec) (godina)

Dat. do: _____
(dan) (mjesec) (godina)

(Broj osigurane osobe)

(Matični broj osigurane osobe)

(Šifra zdr. djel. koji je liječio bolesnika)

(Šifra voditelja povjerenstva koje je odobrilo pomagalo)

(Broj iskaznice dop. osig. HZZO-a)

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

(Država osiguranja)

(Broj potvrde za stomatološko pomagalo)

(Z. o zdr. osig. *)

(Zakon o HBDR *)

(Broj evidencije prijave ozljede/bolesti)

(Šifra dijagnoze)

(Evidencijski broj i godina priznate ORPB)

| Datum pružanja usluge | Šifra i naziv: - postupka - materijala ili lijeka | Broj / količina - postupka - materijala ili lijeka | Šifra dopunskog sudjel. | 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

UKUPNI IZNOS: _____

Ime, prezime i potpis osobe koja je izvršila obračun

**IZNOS ZA NAPLATU SUDJEL. OD
DOPUNSKOG ZDRAV. OSIG. HZZO-a:**

Ime i prezime odgovorne osobe