

Broj računa obveznog osiguranja:

Stranica _____ od _____

(Zdravstvena ustanova / Privatna ordinacija) _____
(Sifra)

HZZO, PS _____
(Naziv PS)

(Adresa zdravstvene ustanove / Privatne ordinacije)

(Adresa PS)

(Žiro račun) _____
(Matični broj ustanove)

03580261

(Matični broj HZZO)

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)

(Sifra naselja)

(JMBG osigurane osobe) _____
(Kategorija osiguranja) _____
(PU osigurane osobe)

(Šifra zdr. djel. koji je liječio bolesnika)

(Broj osigurane osobe) _____
(Matični broj osigurane osobe)

(Šifra doktora PZZ koji je propisao njegu)

(Šifra ovlaštenog doktora koji kontrolira provođenje zdrav. njege)

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

(Država osiguranja)

(Broj naloga za provođenje zdravstvene njege u kući)

1 2 3 4
(Z. o zdr. osig. *)

5
(Zakon o HBDR *)

(Šifra dijagnoze)

(Koefficient za posebni standard)

Red. broj	Datum pružanja usluge	Sifra i naziv: DTP-a	Broj / količina DTP-a	Jedinična cijena (kn)	Ukupno (kn)

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

Datum dospjeća: _____
(dan) (mjesec) (godina)

Ime, prezime i potpis osigurane osobe, staratelja, skrbnika

UKUPNO ZA USLUGU

Ime, prezime i potpis osobe koja je izvršila obračun

IZNOS POSEBNOG STANDARDA

IZNOS ZA NAPLATU OD OBVEZNOG OSIG. HZZO-a:

Ime i prezime odgovorne osobe

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