

Broj računa osnovnog osiguranja:

Stranica _____ od _____

(Zdravstvena ustanova / Privatna ordinacija) _____
(Sifra)

HZZO, PS _____
(Naziv PS)

(Adresa zdravstvene ustanove / Privatne ordinacije)

(Adresa PS)

(Žiro račun) _____
(Matični broj ustanove) _____
(OIB)

03580261 **02958272670**
(Matični broj HZZO) (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
(Sifra oslob. od sudjel)

(OIB osigurane osobe)

(Kategorija osiguranja)

(PU osigurane osobe)

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

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

(Matični broj osigurane osobe)

(Sifra zdr. djel. koji je liječio bolesnika) (Sifra voditelja povjerenstva koje je odobrilo pomagalo)

(Broj iskaznice dop. osig. HZZO-a)

(Broj bolesničkog lista INO, br. putovnice, europske karte ZO)

(Država osiguranja)

Broj potvrde za stomatološko pomagalo

(Čl. Z. o zdr. osig. *)

(Zakon o HBDR *)

(Broj evidencije prijave ozljede/bolesti)

(Sifra dijagnoze)

(Evidencijski broj i godina priznate ORPB)

Datum pružanja usluge	Sifra i naziv: - postupka - materijala ili lijeka	Broj / količina - postupka - materijala ili lijeka	Sifra 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

IZNOS NAPLAĆENOG
SUDJELOV. U TROŠ. Z.Z.
OD OSIG. OSOBE: _____

Ime i prezime odgovorne osobe

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

PLAĆENO U GLAVARINI _____

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.