(Šifra)

HZZO, PS _____

(Naziv PS)

_____

(Zdravstvena ustanova)

_____

(Adresa PS)

_____

(Adresa zdravstvene ustanove)

0 3 5 8 0 2 6 1

(Matični broj HZZO)

_____

(Žiro račun)

0 2 9 5 8 2 7 2 6 7 0

(OIB HZZO-a)

_____ (Matični broj ustanove)

_____ (OIB)

Poziv na broj: [ ] [ ]

RAČUN br. _____ R-1

PRIMATELJ KRVI I KRVNIH KOMPONENTI :

Šifra ustanove _____

Naziv ustanove _____ Aktivnost **A6900858**

Datum izdavanja robe od _____ do _____ Šifra djelatnosti **4060000**

Narudžbenica/Izdatnice _____

_____

_____

Šifra ATK	**Nezaštićeno ime (generičko ime)**	**Jed. mj.**	**Količina**	**Cijena za jed. mjere sa PDV-om**	**Iznos**
1	2	3	4	5	6

Dospjeće plaćanja: 30 dana od datuma zaprimanja

Datum obračuna: _____

UKUPNO [ ]

_____

Ime i prezime odgovorne osobe

VALUTA RAČUNA: _____