

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**
(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, br. putovnice, europske karte ZO)

--	--	--	--

(Država osiguranja)

--	--	--	--	--	--

Broj potvrde za stomatološko pomagalo

1	2	3	4
---	---	---	---

(Čl. Z. o zdr. osig. *)

5

(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 obračunIZNOS NAPLAĆENOG
SUDJELOV. U TROŠ. Z.Z.
OD OSIG. OSOBE: __________
Ime i prezime odgovorne osobeIZNOS ZA NAPLATU SUDJEL. OD
DOPUNSKOG ZDRAV.OSIG. HZZO-a: _____

PLAĆENO U GLAVARINI _____

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

IZNOS ZA SUSTEGU OD GLAVARINE: _____

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