

.....
Naziv zdravstvene ustanove

Broj protokola

Datum: 20..... godine

P O T V R D A
o potrebi ortopedskog pomagala - sanitarne sprave

Pregledom osiguranika
JMBG osigurane osobe Ime i prezime osiguranika

iz
Općina stanovanja Adresa stanovanja Broj zdravstvene iskaznice

....., nositelj osiguranja
Srodstvo sa nositeljem osiguranja Ime i prezime nositelja osiguranja JMBG

uposlen kod
ID broj poduzeća Naziv poduzeća kod kojeg je nositelj osig. uposlen

Utvrđena je potreba nabavke - popravke ortopedskog pomagala - sanitarne sprave poradi
Šifra bolesti

i to
Šifra ort. pomagala Naziv ortopedskog pomagala

Potpis liječnika

M.P.

<p>1. Zavod za zdravstveno osiguranje HBŽ Livno</p> <p>Područni ured</p> <p>Uvidom u evidenciju osiguranika utvrđeno je da su ispunjeni uvjeti iz točke Liste ortopedskih i drugih pomagala te se odobrava NABAVKA, POPRAVKA, ZAMJENA iste.</p> <p>2. Zavod za zdravstveno osiguranje HBŽ priznaje iznos od KM, a razliku treba naplatiti od osiguranika.</p> <p>Dana 20..... god.</p> <p>M.P. Potpis djelatnika</p>	<p>Potvrđuje se da izdano ortopedsko pomagalo - ortodonski aparat u svemu odgovara zahtjevima i da je kvalitetno izrađena.</p> <p>Dana 20..... god.</p> <p>M.P. Potpis ovlaštene osobe</p> <p>Potvrđujem prijem ortopedskog pomagala-ortodonski aparat.</p> <p>Dana 20..... god.</p> <p>M.P. Potpis osiguranika</p> <p>..... Naziv firme OBRAČUN</p> <p>1. Vrijednost KM</p> <p>..... KM</p> <p>..... KM</p> <p>2. Naplaćeno od osiguranika KM</p> <p>Ostaje za naplatu od Zavoda KM</p> <p>(slovima KM)</p> <p>M.P.</p>
---	---