Regionalni ured Područna služba

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe

Grad/naselje Ulica i broj

.....

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Naziv zdravstvene ustanove
- ordinacije privatne prakse

OBAVIJEST o trajanju privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad

Predviđeno trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad

od | | | | | | | | | | do | | | | | | | | | |

U _____, _____ 20 ____ g.

M.P.

_____

Potpis I faksimil doktora medicine

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001