

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

PODRUČNI URED _____ [][][][]

Broj potvrde _____ / 2|0|0| [][]

**POTVRDA o prijavi na obvezno zdravstveno osiguranje
za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti**

Osigurana osoba _____

broj osigurane osobe _____ osigurana je na
obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu i
profesionalne bolesti u skladu sa čl. 10. Zakona o zdravstvenom
osiguranju zaštite zdravlja na radu.

Potvrda vrijedi od _____ 200__g. do opoziva. M.P.

U _____, _____ 200__g. (Odgovorna osoba)

Obavijest:

1. Ovu potvrdu osigurana osoba Zavoda - korisnik potvrde može koristiti samo uz iskaznicu zdravstveno osigurane osobe i osobnu iskaznicu.
2. Ova potvrda vrijedi za vrijeme dok postoje činjenice na osnovu kojih je izdana.
3. Zloupotreba ove potvrde se kažnjava.