

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. 9. 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.