

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

Područna služba HZZOZZR	Broj osigurane osobe	Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse	
Broj obveze .....		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ime i prezime .....		Šifra ugovornog doktora	
Godina rođenja i		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Mat. broj osigurane osobe .....		Šifra doktora specijaliste medicine rada	
Grad/naselje	Ulica i broj	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Kat. osig.	Spol	Čl. 5. i 12 i 57. Zak. o zdr. osig.*	Broj evidencije prijava ozljede/bolesti
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	OR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO	PB	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	SPZZR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Šifra dij. prema MKB		Evidencijski broj i godina priznate OR /PB	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		_____ /200	

## UPUTNICA ZA LABORATORIJ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_

M.P.

\_\_\_\_\_ 200\_\_ g.

\_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil ugovornog doktora medicine rada