MJESEČNO IZVJEŠĆE
o vrsti i broju izvršenih eksplantacijskih/transplantacijskih postupaka

za razdoblje od (dan) (mjesec) (godina) do (dan) (mjesec) (godina)

(Zdravstvena ustanova) (Šifra)

(Adresa zdravstvene ustanove)

HZZOZZR,
Područna služba (Naziv PS)

(Matični broj ustanove)

(Adresa PS)

Ime i prezime osigurane osobe	Broj osigurane osobe	Broj računa	Šifra PPTP-a	Račun ispostavljen kao PPTP (DA/NE)	Iznos (kn)
0	1	2	3	4	5

M.P.

Mjesto i datum:

(dan) (mjesec) (godina)

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe