MJESEČNO IZVJEŠĆE
o vrsti i broju izvršenih PPTP 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