**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Područni ured | Broj osigurane osobe

OIB .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje | Ulica i broj

Naziv zdravstvene ustanove - ordinacije privatne prakse

_____

# OBAVIJEST
# o trajanju bolovanja

Nalazi se na bolovanju od _____ do _____ i dalje

zbog ___
Šifra uzroka bolovanja

Ova obavijest izdaje se na zahtjev imenovan-e / og (dan, mjesec i god. rođenja: _____)
radi obračuna naknade plaće u skladu s Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i u druge svrhe ne može se upotrijebiti.

U _____, _____ 20 ____ g.

M.P.

_____
Potpis I faksimil doktora medicine

HZZO - Direkcija, Zagreb
ObavTrBol V2.1, 29/12/09