

Redni broj	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Šifra pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			

Broj potvrde:

U 20.....g. M.P. Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašten radnik Zavoda)

Matični broj HZZO: 0 3 5 8 0 2 6 1

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Ugovorni isporučitelj: (šifra)

R1

Naziv:

Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj)

Broj žiro-računa:

Poziv na broj:

Broj računa isporučitelja:

Matični broj isporučitelja:

OIB isporučitelja:

Redni broj	Naziv isporučenog pomagala	Šifra pomagala iz Popisa pomagala	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.					
2.					
3.					
4.					
Ukupno:					

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn.

2. Iznos za pomagala kn.

3. Iznos sudjelovanja kn.

4. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn.

Datum narudžbe..... /20... g. 5. Iznos obračunatog PDV-a u točki 5. kn.

Mjesto i datum izdavanja računa..... 20.... g. Potvrđujem primitak pomagala - SA* jamstvenim listom
- BEZ* jamstvenog lista

..... M.P. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

Potpis osigurane osobe: Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 15)

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku istovrsnog pomagala iz Popisa pomagala, u odnosu na propisano pomagalo.

..... M.P. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

Potpis osigurane osobe: Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

VI. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 17)

Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje mi je propisano na potvrdi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (**standardno pomagalo**), imam pravo nabaviti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja ako istog nisam oslobođen/a ili nemam sklopljen ugovor o dopunskom osiguranju.

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku **skupljeg - nadstandardnog pomagala**, čime ću razliku u cijeni od cijene standardnog pomagala koju podmiruje Zavod do stvarne cijene nadstandardnog pomagala snositi osobno. Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo veće vrijednosti koje ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.

..... M.P. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

Potpis osigurane osobe: Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U 20.....g.