

**OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**  
**OPĆA BOLNICA PULA**  
**Djelatnost za radiologiju u DRUGOM MJESTU**

Potvrđuje se da je osigurana osoba dana 06.08.2020 bila u OP POREČ

Šifra zdrav. ustan. ili ordinacije prv. prakse 0490104990 na OP POREČ bila u OP POREČ  
 ili isporučitelja pomagala OP POREČ bila u OP POREČ

M.P. OPĆA BOLNICA PULA Šifra doktora medicine 1011111111  
 Djelatnost za radiologiju OPĆA BOLNICA PULA Potpis doktora medicine / ugovornog isporučitelja Antan Čuček dr. med. spec. radiologija

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

RUIPS

Broj evidencije

**OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA**

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_ i povatak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

u \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_ i povatak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

Za pratitelja \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_ i povatak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

Prijevoz sa \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_ i povatak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

u \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_ i povatak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

(slova) \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_ i povatak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

Obračunao \_\_\_\_\_ Kontrolirao \_\_\_\_\_

**ZAHTEJ ZA ISPLATU**

Molim da mi se troškovi prijevoza isplate na:  tekuci račun  kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa Tanja Wiese

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa 141451741

Broj tekućeg računa 3245638194 otvorenog kod Zarebarka banka

IBAN HR662360003245638194 Potpis osigurane osobe Tanja Wiese

- Zahtjevu prilažen:
1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)
  2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

Regionalni ured

Rijeka

MBO 141451741

OIB 67150311228

Ime i prezime JANJA WIESE

Datum rođenja 10.10.1952

Grad/naselje POREČ, ANKE BUTORAC 1

Područna služba

Pazin



Šifra zdr. ustanove - ordinacije prv. 9 0 0 0 0 2 6 4 6

Šifra ugovornog doktora 7 8 0 6 2 4 8

Šifra doktora specijaliste

Kat. osig. H Spol Ž Drž. osig. DEU

Broj bolne lista (ILO), broj putovnice, europska karta ZD 00416

00416

OR PB

PN TJO

Broj evidencije prijave ozljeđenosti

Evidencijski broj priznate ozljeđenosti

**PUTNI NALOG**  
**ZA KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Upućuje se u **OPĆA BOLNICA PULA, PULA - CT - kompjuterizirana tomografija**

Naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto\*

Konzilijarna zdravstvena zaštita A3 2500300 Šifra djelatnosti 2500300 Bolničko liječenje  Šifra djelatnosti

Specijalistička zdravstvena zaštita  Šifra djelatnosti  Ambulantno liječenje  Šifra djelatnosti

Šifra dg. prema MKB Z03.9

Vrsta prijevoznog sredstva\*\*

Pratitelj\*\*\* NIJE potreban zbog pratnja nije potrebna

**POREČ, 29.06.2020**

M.P.

Potpis doktora medicine

- \* obavezan podatak
- \*\* navesti vrstu skupljenog prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva RUIPS Zavoda
- \*\*\* upisati JE ili NIJE

Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

Potpis o potrebi putovanja u svrhu osiguranja zdr. zaštite vrjeđi samo za jedno putovanje (odlazak i povratak).



Antan Čuček dr. med.